

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NUM SERVIÇO DE SAÚDE

Carlos José de Afonso Henriques

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Luís Martins, Prof. Auxiliar, ISCTE, Departamento de Gestão

Co-orientadora:

Engenheira Generosa do Nascimento, Assistente, ISCTE, Departamento de Gestão.

Março 2008

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NUM SERVIÇO DE SAÚDE

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Março 2008

Resumo

A prestação dos serviços de saúde, pela particularidade do bem Saúde, determina características específicas para as organizações. A qualidade na saúde atende a essas particularidades.

Neste estudo, através da metodologia de investigação-acção, implementámos um plano de melhoria a um Bloco Operatório Central tendo como ponto de partida o diagnóstico realizado com base no modelo de excelência europeu (EFQM).

Com base em entrevistas semi-estruturadas aos chefes (enfermeiros e cirurgião) da unidade, consulta de documentos elaborados pelos responsáveis e dados do sistema de informação do hospital, foi elaborado um documento que descreve a realidade da unidade de estudo. Este foi avaliado pelo modelo de excelência europeu nos moldes de uma proposta pró-forma ao prémio de excelência.

Este diagnóstico inicial orientou a elaboração de um primeiro plano de acção. Implementámos o plano e avaliámos o impacto nos resultados conseguidos na unidade de estudo.

A implementação de um plano de melhoria baseado no modelo EFQM parece ter influenciado positivamente os resultados da unidade, quer em termos de doentes cancelados, quer no que respeita à utilização dos tempos operatórios. Este resultado foi conseguido com um acréscimo no número médio de doentes programados intervencionados.

Concluimos assim, que a implementação de metodologias de melhoria contínua, com base no modelo EFQM, parece ser uma alternativa válida como estratégia de melhoria da qualidade nas organizações de saúde.

Pensamos que para investigações futuras será útil desenvolver estudos que relacionem este modelo com outras unidades de saúde nacionais em vários serviços.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade, EFQM, Bloco Operatório, Investigação-Acção.

Classificação JEL: I18, I19

Abstract

Health care organizations, because of the uniqueness of the good Health, determine specific characteristics to these organizations. Quality in health care is sensitive to these unique characteristics.

In this study, through an improvement action-plan, we put into practice action-research in an Operating-room setting, starting with a diagnostic study based on the European excellence model.

Based on Interviews to the matron and the unit director, documents written by the unit's leading team and data collected from the information systems were used to structure a document that described the unit's reality. This document was then used as a pro-forma application to the excellence award to score the Operating-room setting.

This initial diagnostic guided the development of a first action-plan. The plan was implemented and its impact on results evaluated.

The development of a continuous improvement method based on the EFQM model appears to have influenced in a positive way the results in the studied unit. These results are seen both in terms of the number of cancelled surgeries, and in the usage rate of the Operating rooms. These results were achieved simultaneously with a higher number of programmed patients submitted to surgery

We concluded that the continuous improvement methodologies, based on the EFQM model, seem to be a valid alternative as quality improvement strategy to health care organization.

We propose for future studies that a similar approach could be applied relating the EFQM model with other national health care units in various settings.

Key-Words: Quality Management, EFQM, Operating Rooms, Action-Research.

JEL Classification: I12, I19.

Dedicatória

À minha mãe, pelo exemplo;

À minha mulher, pela paciência, pelo apoio, pelo amor;

Aos meus sogros, segundos pais, pelo apoio, sem o qual este projecto seria impossível;

Aos meus filhos, agora sim posso brincar convosco, e para que fique também o exemplo.

Índice de tabelas

Tabela N.º 1 - Antagonismo entre profissionais e administrativos.....	27
Tabela N.º 2 - Resumo dos tipos de mudança.	33
Tabela N.º 3 - Diferenças estereotipadas da importância de aspectos seleccionados dos cuidados de saúde para a definição de qualidade para as entidades - chave envolvidas. .	40
Tabela N.º 4 - Actividade Cirúrgica por anos.....	53
Tabela N.º 5 – Recursos Humanos do Bloco Operatório Central.....	54
Tabela N.º 6 - Relação entre o método de Investigação e o método de auto-avaliação preconizado pela EFQM.....	61
Tabela N.º 7– Causas de Cancelamentos de Cirurgias em 2007, no BOC.....	70
Tabela N.º 8 – Distribuição do motivo de cancelamentos “Outro” em 2007, no BOC.	71
Tabela N.º 9 – Causas de cancelamentos de cirurgias no BOC Novembro de 2007 a Janeiro de 2008.	74
Tabela N.º 10 – Distribuição do motivo de cancelamentos “Outro” em Novembro de 2007 a Janeiro de 2008.	75
Tabela N.º 11 – Resumo dos resultados medidos nos meses de implementação do primeiro plano de acção.	76

Índice de Figuras

Figura N.º 1 - Componentes Básicas da Organização, segundo Mintzberg.....	24
Figura N.º 2 - Estrutura da Burocracia Profissional, segundo Mintzberg.....	25
Figura N.º 3 - Cenários de mudança de acordo com Allaire e Firsirotu.	32
Figura N.º 4 – Modelo de excelência do EFQM.....	46
Figura N.º 5 – Fases da Investigação-acção apresentada por Kuhne & Quigley.....	59
Figura N.º 6 - Espiral auto-reflexiva lewiniana.	60

Abreviaturas

AAM: Auxiliar de Acção Médica.

AESOP: Associação de Enfermeiros de Sala Operatória de Portugal.

BOC: Bloco Operatório Central.

CA: Conselho de Administração.

CABE: Coordenador da Anestesiologia, Blocos Operatórios e Esterilização.

EFQM: European Foundation for Quality Management.

IOM: Institute of Medicine.

JCI: Joint Commission International.

MCDT: Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

SHST: Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho.

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos.

UCPA: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Agradecimentos

Este trabalho teria sido impossível sem o contributo de várias pessoas a quem devo deixar o meu sincero agradecimento.

Ao Conselho de Administração pelo apoio e disponibilidade para acompanhar todas as etapas do projecto. Pelo voto de confiança já que a primeira experiência de um modelo de gestão da qualidade implica alguma segurança na capacidade de quem o gere.

Ao Dr. Cabanita, Dr. Joaquim Costa e ao Enfermeiro Esparteiro pela paciência e pela colaboração.

À equipa do Bloco Operatório Central, pela ajuda e cooperação neste trabalho.

Ao Bruno Romão, pela ajuda preciosa, pela presença serena nos momentos de maior ansiedade.

Uma palavra em especial para a colaboração da Sra. Engenheira Generosa do Nascimento e o Professor Doutor Luís Martins, que me despertaram para o modelo da EFQM, e que me orientaram ao longo deste percurso.

Índice

Introdução	21
1 – Enquadramento Teórico	23
1.1 - Particularidades das Organizações de Saúde	23
1.1.2 – Os Hospitais como Sistemas Imperfeitamente Conectados.....	28
1.2 - Mudança Organizacional	30
1.3 – Gestão da Qualidade	33
1.3.1 – Qualidade Total	35
1.3.2 - Qualidade na Saúde	37
1.3.3 – Modelos para a Qualidade Total na Saúde	41
1.3.3.1 – Modelo da Joint Commission International.....	43
1.3.3.2 – Acreditação pelo Health Quality Service (King’s Fund).....	44
1.3.3.3 – Normas ISO Aplicáveis a Organizações de Saúde.....	45
1.3.3.4 – Modelo da European Foundation for Quality Management	46
2 - Metodologia	50
2.1 - Apresentação do Problema	50
2.2 – Caracterização da Unidade de Estudo.....	52
2.3 – Objectivos	55
2.4 - Questões de Investigação.....	55
2.5 – Desenho do Estudo e Procedimentos	55
2.5.1 – Primeiro Ciclo de Melhoria	61
2.5.1.1 – Fase de Diagnóstico e Planificação.....	61
2.5.1.2 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção	64
2.5.1.3 - Fase de acção: Implementação do Plano de Acção	64
2.5.1.4 – Fase de reflexão: Avaliação dos resultados do Plano de Acção Número 1.	65
2.5.2 – Segundo Ciclo de Melhoria	65
2.5.2.1 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção	65
3 – Análise dos Dados e Apresentação de Resultados.....	67
3.1 – Primeiro Ciclo de Melhoria	67
3.1.1 – Diagnóstico Inicial	67
3.1.2 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção.....	69
3.1.3 - Fase de acção: Implementação do Plano de Acção	72
3.1.4 – Fase de reflexão: Avaliação dos Resultados do Plano de Acção Número 1.....	76
3.2 – Segundo Ciclo de Melhoria	77

3.2.1 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção em Função da Reflexão Anterior ...	77
4 – Discussão, Conclusões e Recomendações.....	79
Bibliografia	84
Anexos	88

Introdução

No âmbito da dissertação de mestrado em Gestão dos Serviços de saúde apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, teve-se como objectivo implementar um projecto de gestão da qualidade num serviço de saúde com base no modelo de excelência europeu.

A opção pela temática da qualidade prende-se com a percepção da sua necessidade para a criação de valor, a sustentabilidade das organizações de saúde, por se apresentar como uma área com grande potencial na saúde e por se apresentar como estratégica no curto/médio prazo para o Sistema Nacional de Saúde.

Este trabalho inicia-se com uma revisão da literatura sobre a temática em estudo com vista a contextualizar os procedimentos desenvolvidos, subdividindo-se em três áreas complementares. A primeira aborda as particularidades das organizações de saúde em termos de estrutura, dinâmica e as suas implicações para a gestão como burocracias profissionais e como sistemas imperfeitamente conectados. Tem por finalidade contextualizar o desenvolvimento da abordagem escolhida e fundamentar a apresentação de um modelo não prescritivo, que permita a participação dos profissionais, e seja útil para a gestão da qualidade em organizações de saúde. A segunda aborda a mudança organizacional e a forma como os diferentes autores a caracterizam. Na terceira parte da revisão teórica abordamos a qualidade, o conceito de qualidade, a qualidade na saúde vista por diferentes autores, o conceito de qualidade total, a qualidade total na saúde e a gestão da qualidade nas organizações de saúde nas diferentes modalidades mais comuns. Vamos debruçar-nos mais aprofundadamente no modelo europeu por ser a referência para este trabalho.

No segundo capítulo deste trabalho revemos a metodologia de investigação-acção e a justificação da sua escolha como método de investigação no contexto do estudo. Apresentamos ainda o objectivo, o problema e as questões de investigação e o desenvolvimento de investigação seguido neste trabalho.

O terceiro capítulo descreve os dados que resultaram da implementação do plano de investigação e os respectivos resultados.

Este trabalho termina com a discussão dos resultados obtidos, do processo de investigação desenvolvidos, das limitações e constrangimentos encontrados, permitindo-nos ainda tecer algumas considerações para futuras investigações no âmbito desta temática.

1 – Enquadramento Teórico

As dimensões que neste enquadramento se tomam como relevantes são de seguida abordadas. Vamos debruçar-nos sobre as particularidades das organizações de saúde, na mudança organizacional, na qualidade, na qualidade em saúde e nos modelos de gestão da qualidade na saúde.

1.1 - Particularidades das Organizações de Saúde

A prestação dos serviços de saúde, pela particularidade de que se reveste o bem Saúde, determina características específicas para as organizações. Williamson *et al* (1996) identificam um conjunto de seis características que, cumulativamente, definem a problemáticas das organizações de saúde:

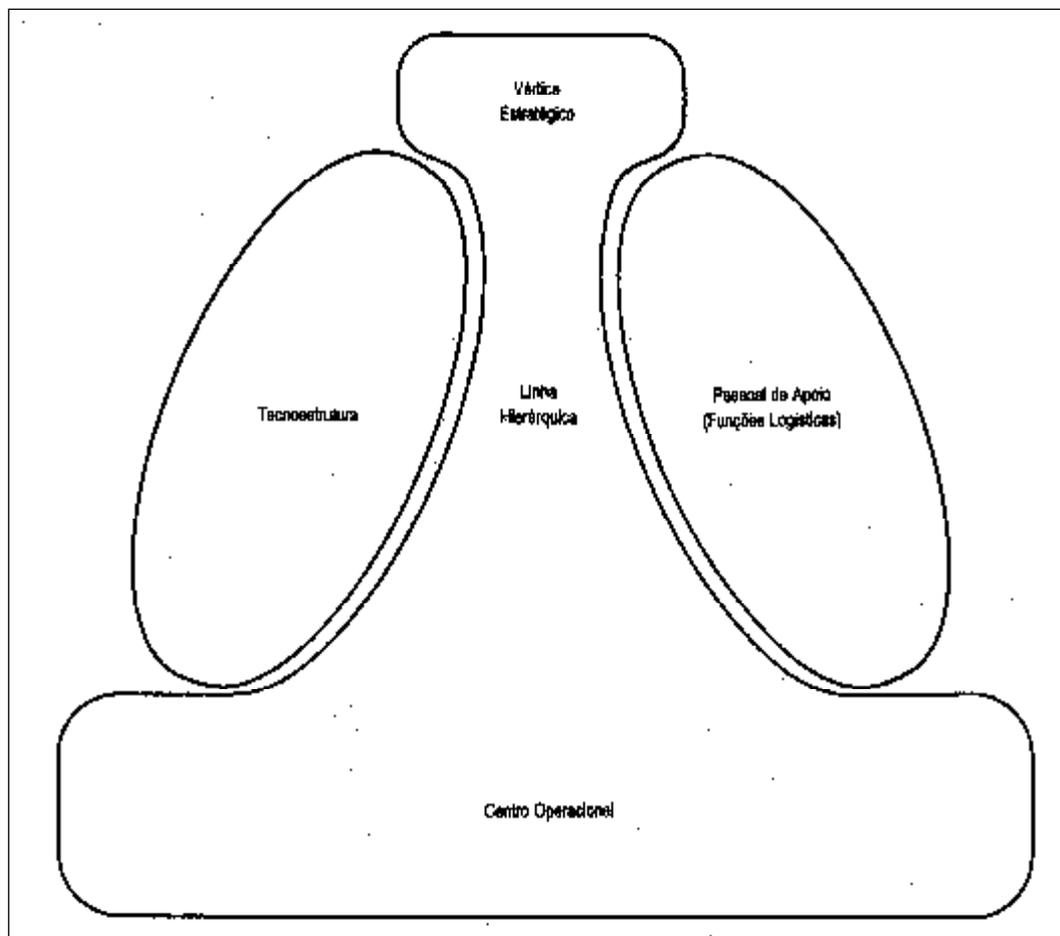
1. Os serviços prestados pelas organizações de saúde são, geralmente inadiáveis e vitais para a sociedade;
2. Apesar de estarem largamente fora do controlo da gestão, os médicos são responsáveis pela maioria do trabalho aplicado;
3. Para além dos médicos, outros grupos profissionais prestam serviços que são interdependentes a um nível elevado. O facto de estes grupos de profissionais serem mais leais para com a sua profissão do que com os seus empregadores, torna a coordenação da gestão mais difícil;
4. O trabalho tende a ser altamente individualizado, o que torna ainda mais difíceis as tentativas de criar ganhos de eficiência por parte da administração;
5. A qualidade do trabalho prestado é de difícil avaliação;
6. O fornecedor de cuidados de saúde vê-se muitas vezes confrontado com um ambiente político, económico, social e tecnológico, dinâmico, complexo e até conflituoso.

Estes autores concluem que “Todas estas características colocam as organizações de saúde entre as mais difíceis de gerir estrategicamente”, Williamson *et al* (1996,4).

Mintzberg estudou a estrutura e a dinâmica das organizações enumerando um conjunto de componentes básicas que as compõem (fig. 1).

As dificuldades descritas por Williamson e colegas, são o reflexo das organizações de saúde serem, nos termos de Mintzberg, Burocracias Profissionais (fig. 2). O segundo ponto acima enumerado está relacionado com o facto de “A Burocracia Profissional recruta especialistas devidamente formados e socializados – que são profissionais – para o seu centro operacional, dando-lhes uma latitude considerável no controlo do seu próprio trabalho”, (Mintzberg, 1995, 380). O sistema de autoridade da gestão é assim, fraco o que também se torna visível no facto da linha de comando ser pequena. O poder está difundido por uma base operacional larga e de qualificações estandardizadas.

Figura N.º 1 - Componentes Básicas da Organização, segundo Mintzberg.

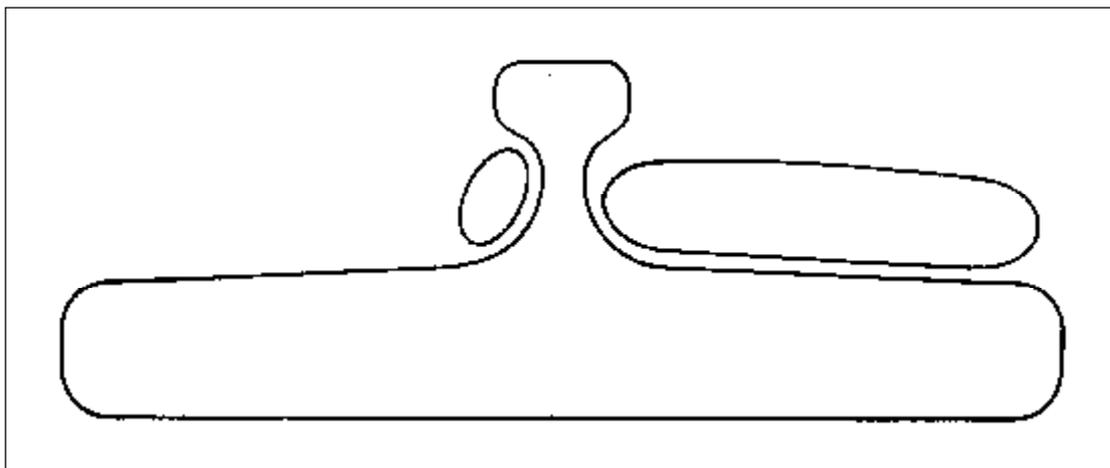


Fonte: Mintzberg, H., (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. 1ª Edição. Publicações Dom Quixote.

Uma base alargada implica um grande contacto com o exterior. A actividade é desenvolvida na relação profissional – cliente. Esta relação coloca o poder na base e não no topo

da organização, como é o caso na relação do médico com o utente. O núcleo operacional, colocado na base, é pois a parte mais importante da organização, ao contrário do que acontece na Burocracia Mecanicista (Mintzberg, 1995).

Figura N.º 2 - Estrutura da Burocracia Profissional, segundo Mintzberg.



Fonte: Mintzberg, H., (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. 1ª Edição. Publicações Dom Quixote.

Para além da base, também a estrutura de apoio é bem desenvolvida. Serve o centro operacional estando organizada como Burocracia Mecanicista. Resultam duas hierarquias paralelas: uma associada aos serviços de apoio e outra ligada aos profissionais. A primeira baseia-se numa autoridade hierárquica e formal, a segunda é de natureza democrática (Idem).

A noção dos hospitais como Burocracias Profissionais é também defendida por Cremadez (1992). O autor caracteriza os elementos da estrutura da seguinte forma:

- **Centro operacional:** é a unidade principal. Formado por um grande número de serviços relativamente autónomos. São munidos de tecnologia de topo. Como os serviços se relacionam directamente com os seus clientes, tendem a organizar-se da forma que lhes permite responder às suas necessidades;
- **Tecnoestrutura:** a estandarização das qualificações opõe-se a outras formas de estandarização. Como tal, a tecnoestrutura é pouco desenvolvida;
- **Apoio logístico:** geralmente colocados sob o controlo da tecnoestrutura, o apoio logístico está bem desenvolvido. São organizados de forma hierárquica e funcionam com base numa estandarização dos resultados ou dos procedimentos;

- **Topo estratégico:** a gestão de topo do hospital relaciona-se com as entidades reguladoras e as financiadoras. A sua função é proteger os centros operacionais das perturbações do ambiente externo;
- **Linha hierárquica:** a linha hierárquica está interrompida entre o topo estratégico e o centro operacional. O gestor não tem a competência técnica para questionar os profissionais dos centros operacionais.

Cremadez (1992) refere-se ao conceito de diferenciação na organização do trabalho em unidades distintas, lidando com componentes distintas do ambiente. A diferenciação exprime-se em quatro dimensões:

1. A natureza dos objectivos – passíveis de mensuração qualitativa ou quantitativa.
2. O horizonte temporal do trabalho – curto, médio ou longo prazo.
3. O comportamento e focalização dos indivíduos – centralidade das tarefas ou das relações.
4. O formalismo da estrutura, a forma de liderança e estilo de comando.

A diferenciação é dinâmica e é fonte de eficiência. As organizações ganham em respeitar uma orientação entre a sua diferenciação e as solicitações do meio em que operam.

Dada a especialização das diferentes profissões, surgem muitos centros operacionais com hierarquias paralelas. O administrador destas instituições pode ter de resolver os conflitos que surgem entre as hierarquias paralelas que coexistem. Relacionam-se muito com as entidades na fronteira da organização: as entidades financiadoras, reguladoras, e outras que estando fora da organização condicionam o seu desempenho. Desta forma, o administrador torna os profissionais dependentes da sua actuação (Mintzberg, 1995).

Em relação ao poder, os profissionais vivem um dilema em relação aos administradores: por um lado querem exercer a sua profissão, por outro não querem deixar o poder de decisão nas mãos de pessoas fora da profissão. Ocorre então que os profissionais com mais poder são os que se dedicam ao trabalho administrativo em vez de se dedicarem ao trabalho da sua profissão. As questões relacionadas com a gestão da qualidade não são uma excepção.

Podem ocorrer conflitos entre os diferentes centros operacionais (especialidades), ou entre o centro operacional e o centro de apoio, ou entre a direcção de topo e as chefias profissionais.

Existe uma dificuldade em lidar com os profissionais cujo desempenho não corresponde às expectativas: Como são os profissionais que avaliam o seu desempenho, e como há

uma fidelidade maior à profissão do que à instituição, tende a ser difícil identificar e agir nestas situações. Este sentido das prioridades implica também que os profissionais podem ignorar as necessidades dos seus utentes ou das organizações em função da sua profissão. A necessidade de coordenação de esforços na inovação implica que, nas organizações em que a comunicação entre as diferentes profissões não é eficaz, haja dificuldade em implementar programas inovadores. Este facto tende a comprometer os programas inovadores e é um factor a ter em conta na implementação de um modelo de gestão da qualidade.

Cremadez (1992) refere-se à diferenciação entre os serviços médicos e os administrativos como sendo dois mundos antagonistas.

O antagonismo advém das diferenças intrínsecas ao desempenho dos profissionais e dos administrativos. A tabela n.º 1 resume as situações identificadas pelo autor.

Cremadez (1992) aponta outra diferenciação ao nível da logística e do centro operacional: em relação à logística o autor diferencia uma técnica de uma outra que define como tradicional. A logística técnica, tal como nas profissões, tem objectivos de natureza qualitativa – caso dos serviços de imagiologia e laboratórios. A logística tradicional, por seu lado orienta-se para objectivos de natureza económica – ao menor custo.

Este antagonismo pode ser uma fonte de resistência ao desenvolvimento deste estudo de caso junto da chefia clínica da unidade de estudo – o Bloco Operatório Central (BOC).

A implementação de uma metodologia de qualidade por uma perspectiva de melhoria contínua acarreta uma componente de resistência à mudança. Nas instituições de saúde esta resistência tende a ser mais marcada pelas especificidades das Burocracias Profissionais: A qualidade é vista como uma medida a obter *inter pares* e ao nível técnico.

A relação dos técnicos de saúde com os utentes é desenvolvida de acordo com as orientações técnicas das estruturas orientadoras das suas profissões (ordens profissionais). Para os profissionais, as questões relacionadas com a qualidade organizacional é vista como uma preocupação marginal.

Tabela N.º 1 - Antagonismo entre profissionais e administrativos.

	Profissionais	Administrativos
Objectivos	Qualitativos.	Quantitativos e económicos. De

	Profissionais	Administrativos
		dimensão política.
Formação	Demorada em instituições específicas da profissão.	Jurídica e económica.
Horizonte temporal	Actuação no curto prazo, em função do caso do doente e da deontologia da profissão.	A pressão para o trabalho no curto prazo é menor, tendência para uma actuação no médio prazo.
Focalização	Na relação com o doente	Nas tarefas.
Formalismo da estrutura	Independência do profissional no desempenho das funções técnicas.	O desempenho está enquadrado numa hierarquia

1.1.2 – Os Hospitais como Sistemas Imperfeitamente Conectados

Mintzberg (1995) refere que nas Burocracias Profissionais coexistem cinco forças antagonistas:

1. Hierarquia de topo: o esforço de centralização gera conflito com os centros operacionais da base. O centro de decisão é a base operacional – são os médicos que decidem o que se faz ao doente em função dos diagnósticos das necessidades, de acordo com os conhecimentos técnicos da profissão.
2. Na linha intermédia: os diferentes agentes, tendem a autonomizar-se e a competir entre si. O efeito resultante de ‘balcanização’ é dos mais acentuados nas organizações. Os serviços organizam-se em ilhas que têm a tendência a não colaborar entre si.
3. No centro operacional: os profissionais procuram acentuar a sua autonomia. Esta autonomia separa-os da direcção e da tecnoestrutura que tendem a controlar a actividade.
4. A tecnoestrutura: no seu esforço de standardização de métodos e procedimentos colide com a autonomia das profissões.

5. O centro de apoio logístico: apoia os diferentes níveis da organização e vê-se na situação de atender às solicitações dos centros operacionais estando condicionada pelas normas das hierarquias da tecnoestrutura.

Existem portanto forças em conflito que colocam dificuldades à integração das actividades das organizações de saúde. Esta desagregação da unidade organizacional é uma das causas de disfunção apontadas por Martins (in Fragata e Martins, 2004, 191) “Sendo os erros manifestações duma falta de conexão, traduzem o desajustamento do sistema perante as solicitações de que é alvo”.

Cremadez (1992) refere que a integração é função da intensidade da diferenciação. Como vimos, a diferenciação é elevada e é de esperar que os mecanismos de integração também o sejam. Existe uma integração interna às duas dimensões consideradas: a médica e a administrativa. No entanto, o mesmo não se verifica na relação entre os dois grupos.

O autor identifica os seguintes mecanismos de integração:

- Hierárquica: presente no grupo de apoio logístico e na tecnoestrutura.
- Estandarização de processos: aplica-se nas áreas operacionais. Nos centros de apoio logísticos e tecnoestrutura.
- Ajustamento mútuo: verifica-se nos centros operacionais.
- Comissões: aplica-se às decisões importantes que implicam a alocação de recursos consideráveis.

Orton e Weick (1990) referem que estamos perante sistemas imperfeitamente conectados quando os diferentes elementos que os constituem desenvolvem a sua actividade em conjunto, mantendo no entanto, a sua identidade face ao conjunto. O que foi dito sobre a independência do centro operacional na Burocracias Profissionais coloca-nos perante a situação descrita por estes autores.

As estratégias apontadas por Orton e Weick (1990) para fazer face às limitações impostas pela conexão imperfeita são as seguintes:

- Liderança: a liderança deve manter e centralizar a visão global da organização.
- Focalização: a atenção deve ser mantida apenas no que é essencial. Os colaboradores devem poder ter margem de actuação e decisão.
- Partilha de Valores: implica controlo e coordenação, que são valores pouco associados ao desempenho das profissões hospitalares.

1.2 - Mudança Organizacional

A mudança é definida como “Alteração da estrutura e da forma de funcionamento de uma organização, com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado”. No contexto de excelência todas as organizações têm que se adaptar à mudança (EFQM, 2003b).

Porras (1987, ix) inicia a sua obra com a seguinte frase: “Mudança! Durante as últimas três décadas e meia, a mudança rápida tem sido tanto uma praga como uma oportunidade para as organizações”.

A perspectiva de mudança no ambiente evoluiu ao longo dos anos, se no pós-guerra havia uma perspectiva de estabilidade hoje assume-se que a expectativa é a de instabilidade ambiental e mudança (Kirkbrige, 1998).

Lewin (1955) considerava que a mudança passava por um ciclo de três fases: a primeira, de descongelamento, correspondia à constatação da necessidade de rever procedimentos; a segunda, de mudança, correspondia à alteração efectiva dos procedimentos; finalmente a terceira fase, de recongelamento, correspondia à estabilização dos novos procedimentos. A mudança era então vista como uma perturbação episódica e pontual.

Hoje consideramos a mudança como uma necessidade para manter alinhada a actividade da organização com o mercado em rápida mudança (EFQM, 2003b).

Causalidade da mudança

Vários autores apresentam abordagens e tipologias diferentes para o estudo da mudança.

Porras e Robertson (1992) consideram haver dois tipos de mudança: um de primeira ordem que é linear e contínua. Envolve alterações nas características dos sistemas da organização, sem no entanto, causar quebras em aspectos chave para a organização. Outra, de segunda ordem, que acarreta uma mudança radical, multidimensional, multinível. É descontínua e envolve quebras de paradigmas organizacionais.

Para Weick e Quinn (1999) há a considerar a mudança contínua e a episódica. Na mudança contínua as alterações são uma constante, trata-se de uma realidade cumulativa e evolutiva. Pode ter como resultado pequenos avanços que ocorrem quotidianamente em toda a organização, cujo efeito global somado pode propiciar uma mudança significativa na

organização. Ocorre quando as organizações se afastam das suas situações de equilíbrio. A mudança episódica é uma mudança ocasional, descontínua e intencional, que ocorre durante períodos de divergência, quando as empresas saem de sua condição de equilíbrio. No cenário de mudanças contínuas o papel do agente de mudança é, segundo Weik e Quinn (1999) o de uma pessoa que identifica o sentido e co-orienta a mudança. No tipo de mudança episódico, mais dramática, o papel do agente de mudança é o de liderar o processo de mudança.

Allaire e Firsirotu (1985) desenvolveram um modelo complexo para explicar a dimensão estratégica da adequação da resposta de uma organização às alterações do seu meio (fig. 3). Segundo estes autores, podem ocorrer quatro cenários distintos:

1. Harmonia e Continuidade;
2. Ajustamento Preventivo ou Desajustamento Temporário;
3. Transformação ou Reorientação;
4. Viragem ou Revitalização.

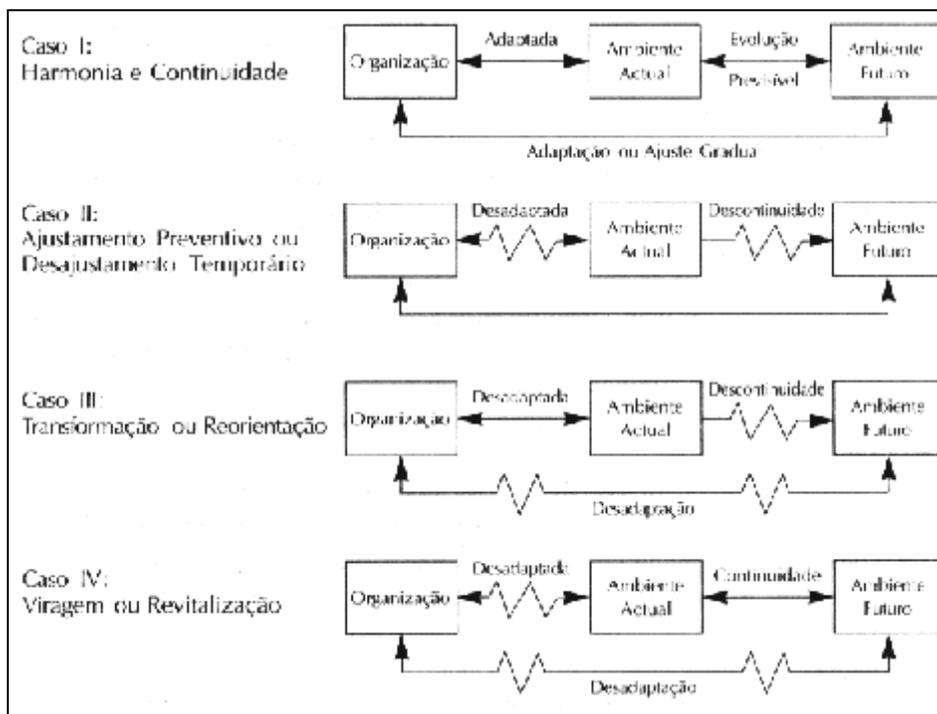
No primeiro caso (Harmonia e Continuidade) a organização está adaptada à realidade actual do seu meio e está estruturada para responder com ajustes graduais a uma evolução previsível do meio ambiente. O segundo caso (Ajustamento Preventivo ou Desajustamento Temporário) a organização não está adaptada à realidade ambiental presente, no entanto, está a ajustar-se para obter um desempenho adequado no futuro. O terceiro caso (Transformação ou Reorientação) a organização está a apresentar um bom desempenho em relação ao ambiente actual, mas, para fazer face às alterações que se prevê virem a ocorrer no futuro terá que mudar significativamente – no primeiro cenário bastavam pequenas alterações de continuidade e não tão dramáticas. O quarto e último cenário (Viragem ou Revitalização) é o mais dramático porque corresponde a uma inadequação no presente que se prevê vir a manter-se no futuro.

Se no primeiro cenário as mudanças necessárias são incrementais e evolutivas, no segundo cenário a organização está a preparar-se para responder às condições que vai enfrentar no futuro, a posição actual é de desequilíbrio mas a sua sustentabilidade no futuro está a ser acautelada – os autores consideram que o desajuste actual pode ser resultado de uma intervenção precoce para os desafios do futuro.

O terceiro cenário, ao contrário dos anteriores, corresponde a uma resposta reactiva às mudanças no ambiente. Implica que quanto mais tardia for a mudança pior será para a sustentabilidade da organização. O quarto cenário corresponde a uma situação de crise.

Os dois primeiros cenários (de reacção antecipada) são os que mais resistências à mudança encontram porque as pessoas da organização ainda não sentem o impacto das alterações no ambiente futuro. As pessoas podem sentir que a mudança é inútil e não aderir. Na mudança reactiva (os dois últimos cenários) a necessidade de mudança é evidente para os envolvidos e vão mais provavelmente aderir aos processos de mudança.

Figura N.º 3 - Cenários de mudança de acordo com Allaire e Firsirotu.



Fonte: Adaptado de Allaire e Firsirotu (1985), adaptado.

Para uma metodologia de melhoria contínua está implícita uma mudança de sistemas específicos com uma estabiliza o dos elementos fulcrais da organiza o. Dado que o que se pretende   melhorar o desempenho da organiza o não   necessário que haja uma situa o de desequilíbrio presente, pode ser desenvolvida em situa o de harmonia e continuidade, antecipando-o.

Para Weick e Quinn (1999) o paradigma por det rs da mudança contínua   diferente do de Lewin: para Lewin a mudança resultava num processo de três etapas: descongelamento, mudança, recongelamento. Para Weick e Quinn (1999, 379) "uma sequência mais plausível seria de congelamento, re-equilíbrio e descongelamento". A diferença nas duas

filosofias é que para Lewin o ponto de partida é a inércia, enquanto que para Weick e Quinn o ponto de partida é o movimento.

A tipologia dos diferentes autores está resumida na tabela N.º 2 e identifica as semelhanças entre as diferentes perspectivas:

Tabela N.º 2 - Resumo dos tipos de mudança.

Autores	Tipos de Mudança	
Weick e Quinn (1999)	Mudança Contínua	Mudança Episódica
Porras e Robertson (1992)	Mudança de Primeira Ordem.	Mudança de Segunda Ordem.
Allaire e Firsirotu (1985)	Harmonia e Continuidade; Ajustamento Preventivo ou Desajustamento Temporário.	Transformação ou Reorientação; Viragem ou Revitalização.

1.3 – Gestão da Qualidade

A Qualidade é uma realidade intemporal. Os primeiros registos históricos da qualidade estão presentes nas civilizações desde que existe escrita, datam do século XVI A.C. na Dinastia Shang. Acredita-se que existisse alguma forma de controlo centralizado da qualidade já desde a dinastia Xia no século XXV A.C. (Juran, 1995).

Outros autores referem que a existência de um padrão de medida, como acontecia com os antigos Egípcios, funciona como uma norma de conformidade, sendo por isso considerados a primeira referência da qualidade (António e Teixeira, 2007).

Se bem que não haja uma opinião unânime sobre qual o momento em que se pode falar no nascimento do conceito de qualidade, vários autores identificam o século XX como sendo o período da história em que o conceito de qualidade foi objecto das suas principais reestruturações. (António e Teixeira, 2007; Lopes e Capricho, 2007; Juran, 1995).

A palavra *Qualidade* apresenta significados diferentes para os diferentes autores e nos diferentes momentos. Em tempo de escassez de recursos a qualidade assume um papel secundário: os clientes ficam satisfeitos em relação aos produtos só pelo facto de os conseguirem obter. Juran (1995) descreve como um exemplo desta realidade a experiência das

empresas norte americanas logo após a II guerra mundial, em que a escassez de fornecimentos levava as empresas a aceitar fornecimentos de fraca qualidade.

Em termos de evolução da qualidade no tempo, os autores consideram diferentes enfoques consoante a forma como se processa a produção de bens. Antes da Revolução Industrial a qualidade estava a cargo do próprio artesão que verificava a conformidade do produto (Ganhão e Pereira, 1992). O responsável pela qualidade era o mestre que devia incutir nos aprendizes a preocupação com a qualidade (António e Teixeira, 2007; Ganhão e Pereira, 1992).

Com a Revolução Industrial e a divisão das tarefas produtivas passou a haver um responsável pela inspecção do produto. Em 1911 Frederick Winslow Taylor publica a sua obra “Principles of Scientific Managment”, este autor tinha como preocupação aumentar a produtividade da empresa por meio da análise e divisão do trabalho (Chiavenato, 1998), (Ganhão e Pereira, 1992). A especialização em apenas uma fracção do processo produtivo foi utilizada por Ford na linha de montagem.

Os inspectores do produto, em resultado da divisão do trabalho, dependiam do responsável da produção. Esta dependência gerava problemas de qualidade quando a necessidade de cumprir metas de produção obrigava a aliviar o controlo de qualidade e a considerar aptos produtos defeituosos (Ganhão e Pereira, 1992).

As lições aprendidas levaram à independência do controlo de qualidade após a primeira grande guerra.

Entre a década de 30 e o fim da segunda guerra mundial foram implementadas as primeiras medidas de prevenção de defeitos, (Ganhão e Pereira, 1992).

Foram também notados pelas forças do Eixo os esforços de padronização que permitiam a diferentes unidades fabris contribuir para a produção de peças de equipamento de guerra (Cartier, 1983).

Após 1945 a ênfase coloca-se no planeamento e análise de resultados, (Ganhão e Pereira, 1992). Surge a Engenharia da Qualidade e o controlo estatístico da qualidade. Para estes efeitos são criados os departamento da qualidade nas empresas (idem). Esta estrutura não teve paralelo no Japão (Juran, 1995; Lopes e Capricho, 2007).

Até à década de 60 a ênfase é colocada na quantidade. Há mais procura que oferta, logo toda a produção é escoada, mesmo a que tem defeitos (Ganhão e Pereira, 1992).

Entre 1960 e 1975 há um acréscimo de concorrência com a qualidade a tornar-se um factor de maior relevância. Depois de 1975, a qualidade passa a ser determinante para a

sobrevivência das empresas. A oferta passou a ser maior que a procura. (Ganhão e Pereira, 1992)

O termo Qualidade, tal como o entendemos actualmente, surge definido na norma NP EN ISO 8402 (1997): “Conjunto de características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”.

1.3.1 – Qualidade Total

Segundo a Associação Francesa dos Círculos da Qualidade, a Qualidade Total é “um conjunto de princípios, de métodos organizados em estratégia global, visando mobilizar toda a empresa para obter uma maior satisfação do cliente ao menor custo”.

Os princípios que os autores Bernillon e Cérutti (1990) apresentam em relação à qualidade total são:

1. A vontade, o envolvimento e o exemplo da direcção;
2. A adesão de todo o pessoal;
3. A melhoria da qualidade pela prevenção de defeitos;
4. A medição da qualidade;
5. Os cinco zeros olímpicos:
 - 1- Zero stocks;
 - 2- Zero defeitos;
 - 3- Zero papéis;
 - 4- Zero atrasos;
 - 5- Zero avarias.

A metodologia da implementação da qualidade total pode passar pela constituição dos Círculos da Qualidade. São constituídos por um grupo de seis a dez pessoas de uma mesma unidade funcional.

Os Círculos da Qualidade servem para facilitar a participação dos colaboradores nas decisões dando-lhes voz, permitem o desenvolvimento das redes de relações formais e informais dentro das organizações e promovem o *empowerment* e a motivação dos diferentes elementos envolvidos.

O conceito surgiu inicialmente associado à melhoria contínua e nos ciclos de controlo de qualidade japoneses (O’Brien, 1998). No início dos anos 60 foi introduzida pela Matsushita como técnica de gestão da produção.

Neste trabalho a auscultação das pessoas no que se refere à sua percepção dos problemas e na procura de soluções coloca-nos numa situação semelhante à filosofia dos círculos de qualidade.

De acordo com Mezomo (2001) os princípios gerais aplicados na Gestão pela Qualidade Total são os seguintes:

- 1 – Enfoque no cliente: o cliente é o juiz da actividade da empresa. A sua percepção da qualidade determina a sua fidelização e a sobrevivência no longo prazo.
- 2 – Liderança: todo o processo de melhoria da qualidade implica o envolvimento da direcção de topo. A definição da visão e da missão, bem como as directrizes e as expectativas de desempenho face ao cliente.
- 3 – Melhoria contínua: pela constante observação dos processos e dos resultados, pela maximização do valor transmitido ao cliente, pela procura de novas oportunidades tentando perceber as mudanças no ambiente.
- 4 – Participação e desenvolvimento dos colaboradores: o desempenho das organizações é função do envolvimento dos colaboradores. A competitividade advém do alinhamento dos objectivos estratégicos com as competências dos colaboradores e a formação contínua. O desenvolvimento das suas capacidades é fundamental para a sustentabilidade no longo prazo.
- 5 – Agilidade de resposta: perante a mudança permanente que se vive actualmente, aliada a uma competição global, a capacidade de resposta a alterações no meio, ou até a sua antecipação é uma necessidade.
- 6 – Acção preventiva e qualidade no projecto: é preferível prevenir um mau serviço do que remediá-lo. A reparação de um produto ou a repetição de um serviço não evitam uma má prestação do mesmo na primeira abordagem do cliente.
- 7 – Visão de futuro: o sucesso no passado não é uma garantia para o futuro. A empresa precisa de focar a sua actividade no futuro, comprometendo os seus clientes internos e externos.
- 8 – Gerir com base em factos objectivos: as decisões devem ser tomadas com base em análise de dados concretos e objectivos. A criação de indicadores de desempenho objectivos é uma forma de cumprir com os zeros da Qualidade Total.
- 9 – Criação de parcerias: a adopção de uma filosofia “ganhador – ganhador” em oposição à “perdedor - ganhador” é uma via de sucesso. A possibilidade de conjugar os pontos fortes das diferentes parceiras gera sinergias em termos de flexibilidade e capacidade de resposta.

10 – Ética: esta dimensão vai além do mero cumprimento dos preceitos legais. A imagem da empresa faz-se pela postura ética em relação aos seus *stakeholders* e à sociedade em geral.

11 – Ênfase nos resultados: os resultados são entendidos como o que emerge da acção da empresa para si e para os seus *stakeholders*. São os resultados que sustentam a empresa e a encaminham à consecução da missão.

A gestão da qualidade total representa a principal linha orientadora da qualidade actual. Como veremos adiante, o modelo de excelência europeu está muito relacionado com estes princípios.

1.3.2 - Qualidade na Saúde

A qualidade na saúde apresenta particularidades em relação à qualidade nas outras indústrias. Donabedian (1984) refere que os modelos ‘industriais’ pecam por:

- Não têm em conta a particularidade da relação utente - prestador de cuidados de saúde;
- Não têm em conta as particularidades dos prestadores de cuidados de saúde: o conhecimento, as motivações, as habilidades;
- Têm tendência para desvalorizar as actividades clínicas e valorizar as actividades de apoio;
- Desvaloriza a importância do ensino para a saúde e a monitorização de saúde continuada.

O mesmo autor refere que os serviços de saúde podem aprender com os modelos ‘industriais’:

- A necessidade de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes;
- O reconhecimento de que os sistemas e os processos são críticos para a qualidade;
- A necessidade de estender a auto-avaliação e autodeterminação aos diferentes profissionais da organização;
- A necessidade de aumentar o papel da administração na qualidade;

- A necessidade de desenvolver instrumentos de controlo específicos aos serviços de saúde;
- A necessidade de investir na formação para o controlo e para a garantia da qualidade.

O termo ‘qualidade’ em saúde tem portanto implicações diferentes das que tem noutras actividades. Pela sua especificidade, surgem definições específicas aplicadas à prática dos cuidados de saúde.

O Institute of Medicine dos Estados Unidos da América define qualidade como “O grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente”.

Mezomo (2001) define os seguintes atributos para a avaliação da qualidade nos serviços de saúde:

1. Eficácia: obtenção de melhoria de saúde. Este conceito é definido por Pereira (1992:12) como “Os resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia, ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal”;
2. Efectividade: mede a relação entre a melhoria verificada e a teoricamente possível. Pereira (1992:13) define-a como “Os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática”, acrescenta que “A efectividade dum programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais”;
3. Eficiência: relaciona os recursos aplicados com os resultados obtidos. Pereira (1992:13) refere que “A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado”;
4. Optimização: é o resultado do equilíbrio ideal entre os custos e a melhoria de saúde alcançada;
5. Aceitabilidade: diz respeito ao alinhamento entre as expectativas dos doentes e os cuidados prestados;

6. Legitimidade: relacionada com as normas legais e a sua conformidade nas práticas desenvolvidas pela organização;
7. Equidade: refere-se à honestidade na distribuição dos recursos. Pereira (1992) distingue a equidade horizontal, aquela que estabelece tratamento igual para pessoas em situação igual, da equidade vertical, em que deverá haver tratamento apropriadamente desigual para pessoal em situações diferentes.

Os atributos que caracterizam a qualidade dos serviços de saúde são, de acordo com Ransom *et al* (2004):

- Performance técnica;
- Gestão das relações interpessoais;
- Condições (de hotelaria e físicas) da prestação de cuidados;
- Resposta às preferências dos pacientes;
- Eficiência de custos;
- Eficácia.

Para as diferentes entidades envolvidas os atributos têm uma importância diferente. Assim, de acordo com estes autores, os médicos tendem a enfatizar os aspectos técnicos, enquanto para as entidades financiadoras a eficiência é de maior relevância. Como seria de esperar o respeito pelas preferências dos doentes é mais valorizada pelos próprios (tabela N.º 3).

O Institute of Medicine dos Estados Unidos da América do Norte, no documento "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century", refere que os cuidados de saúde devem ser:

1. **Seguros**: no sentido de evitar lesões ao doente em resultado dos cuidados prestados;
2. **Eficazes**: através da prestação de cuidados de saúde assentes em bases científicas para aqueles que podem beneficiar deles, e não os aplicando aqueles em que se espera não haver benefício;
3. **Centrados no doente**: através da prestação de cuidados de saúde respeitando a individualidade do doente, as suas preferências, necessidades e valores, e assegurando que são os valores dos doentes a orientar todas as decisões clínicas;

4. **Atempados:** através da redução das esperas e atrasos que podem ser danosos tanto para os que recebem como os que prestam os cuidados;
5. **Eficientes:** evitando o desperdício especialmente de equipamento, bens, ideias e energia;
6. **Com Equidade:** através da prestação de cuidados que não variem em qualidade em função das características do doente, tais como o sexo, grupo étnico, localização geográfica, ou situação socio-económica.

Tabela N.º 3 - Diferenças estereotipadas da importância de aspectos seleccionados dos cuidados de saúde para a definição de qualidade para as entidades - chave envolvidas.

Entidades Envolvidas	Performance técnica	Relacionamento interpessoal	Acesso e condições hotelaria	Atenção às preferências dos utentes	Eficácia	Eficiência
Clínicos	+++	+	+	+	+	-
Pacientes	++	++	++	+++	+	-
Pagadores	+	+	+	+	+++	+++

Fonte: Adaptado de Ransom, S., M. Joshi, D. Nash (2004).

Berwick (2000) citado por Ransom *et al* (2004) refere-se a estas características como sendo as seis dimensões da qualidade na saúde. É de notar a preocupação do acesso atempado aos cuidados de saúde ser para o IOM uma preocupação a ponto de estar definido como uma das dimensões da qualidade em saúde.

Na avaliação da qualidade na saúde, Count e Meurer (2001) alertam para o facto de ser necessário atender ao contexto em que os diferentes sistemas de saúde se encontram. A forma como a qualidade é abordada e as pressões a que as instituições de saúde se encontram expostas é função do sistema de saúde em que se encontram. Quando a pressão é exercida pelo mercado, como acontece nos EUA, o facto de haver um volume considerável de recursos a aplicar leva a que muitas organizações não desenvolvam os sistemas de melhoria de processos na sua totalidade (Count e Meurer, 2001). A pressão para a melhoria da qualidade, no que diz respeito aos processos aí iniciados, tem por finalidade responder à redução verificada no financiamento com a redução dos desperdícios.

Nos países europeus, de acordo com Count e Meurer (2001), tem-se observado uma preocupação em implementar modelos de melhoria de qualidade de forma mais consistente.

Este facto deve-se, segundo estes autores, ao financiamento ser governamental, havendo desta forma, a capacidade de desenvolver os projectos de melhoria pelos 5 a 7 anos necessários.

Finalmente, em termos de ‘defeitos’ na qualidade na saúde, temos, de acordo com Ransom *et al* (2004), três categorias a considerar:

- Sobre utilização;
- Mau uso;
- Subutilização.

O primeiro corresponde às situações em que se recorre à utilização de recursos sem que tal seja necessário. É o exemplo de realização de meios complementares de diagnóstico sem que a sua necessidade exista.

A má utilização corresponde às situações em que se realiza o procedimento errado, ou tratando-se do procedimento adequado este é mal desempenhado.

A subutilização corresponde às situações em que não se verifica a mobilização de recursos que deveriam ter sido empregues. É o exemplo da não realização dos meios de despiste de rotina em grupos de risco.

1.3.3 – Modelos para a Qualidade Total na Saúde

Como seria de esperar as metodologias da Qualidade Total tiveram o seu impacto na saúde. As principais metodologias adoptadas em Portugal passam pela acreditação e pela Certificação baseadas em modelos internacionais.

As modalidades de acreditação e certificação adoptadas em Portugal são as da Joint Commission International, o Health Quality Service (antigo King’s Fund) e as normas ISO 9000.

Antes de continuar com a apresentação dos modelos convém esclarecer os conceitos de Acreditação e Certificação.

Com a criação do Instituto Português de Acreditação, IP pelo Decreto-Lei 125/2004 de 31 de Maio, foram atribuídas a este organismo as atribuições no âmbito da acreditação ou reconhecimento da competência técnica dos agentes de avaliação da conformidade actuantes no mercado. Na referida legislação temos as seguintes definições no art.º 4:

- a) «Acreditação» o procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação (ONA) reconhece, formalmente, que uma entidade é compe-

tente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte;

- b) «Certificação» o procedimento através do qual uma terceira parte acreditada dá uma garantia escrita de que um produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com requisitos especificados.

Rooney e Ostenberg (1999), explicam estas definições da seguinte forma:

“**Acreditação** é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente considerados ótimos e possíveis e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua das organizações acreditadas. Uma decisão de acreditação de uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação periódica *in loco* por uma equipa de avaliadores composta por pares, geralmente realizada a cada dois ou três anos. A acreditação é geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, em vez de ser decorrente de imposição legal ou regulamentar. **Certificação** é um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados. Apesar de os termos *acreditação* e *certificação* serem comumente usados como sinónimos, a acreditação normalmente se aplica a instituições enquanto que a certificação se aplica a profissionais individuais e a instituições. Quando conferida a profissionais individuais, a certificação normalmente implica que esse profissional recebeu instrução e treinamento adicionais e demonstrou competência em uma especialidade além dos requisitos mínimos para o licenciamento. Um exemplo de processo de certificação é um médico que recebe a certificação para a prática de obstetrícia de um conselho profissional especializado. Quando aplicada a uma instituição, ou sector de uma instituição, como um laboratório, a certificação normalmente implica que a instituição dispõe de serviços adicionais, tecnologia ou capacidade além daquelas encontradas em instituições semelhantes.”

Do levantamento realizado sobre os modelos de melhoria contínua aplicados às organizações de saúde podemos distinguir as modalidades mais frequentes. Dos estudos realizados e publicados temos a considerar quatro modalidades principais:

1.3.3.1 – Modelo da Joint Commission International

A Joint Commission International (JCI) é uma divisão da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, organismo dos Estados Unidos da América responsável pela acreditação das unidades de saúde. (JCI, 2007)

A JCI foi criada em 1998 no sentido de responder à necessidade de estabelecer normas de qualidade aplicáveis às diferentes organizações de saúde de todo o mundo. Define normas para a acreditação de acordo com os requisitos estabelecidos no sentido da garantia da qualidade e contenção de riscos (Donahue e Ostenberg, 2000).

As normas foram inicialmente estabelecidas por um painel de profissionais de saúde de várias regiões do mundo. Actualmente, um comité internacional procede à revisão dessas normas e faz actualizações sempre que necessárias (Idem).

Na situação em que existam leis relativas às normas específicas do país, a acreditação vai considerar o regime mais restritivo, de acordo com o documento “Joint Commission International Standards for Hospitals”. Desta forma, garante-se que o modelo adoptado cumpre o regime legal dos países em que é aplicado e, simultaneamente, o comprometimento com um padrão superior de qualidade. (Ibidem).

A acreditação é um processo voluntário a que a organização se propõe. O processo inicia-se com um pedido de auditoria em que constam alguns dados relativos à organização, à população que serve e da regulamentação nacional que se aplica à organização de saúde.

O segundo passo é o agendamento de uma auditoria. No decurso da auditoria os auditores vão pedir informação, visitar a instituição e entrevistar profissionais da instituição. No final da auditoria terá lugar uma reunião entre os auditores e as chefias durante a qual será feito um ponto da situação preliminar (JCI, 2007).

A avaliação é feita em relação às normas aplicáveis à organização. No relatório há a possibilidade de obter uma avaliação de ‘satisfaz totalmente’, ‘satisfaz parcialmente’ ou ‘não satisfaz’, no global da avaliação pode ser emitida uma decisão de acreditação ou de acreditação negada (JCI, 2007).

A decisão de acreditação resulta da avaliação feita em relação à conformidade a cada norma avaliável e às intenções manifestadas pela organização. Nas normas em que a avaliação não seja o ‘satisfaz totalmente’ poderá ser determinada a necessidade de acompanhamento posterior. Neste caso, a organização terá um determinado prazo para implementar medidas de melhoria. Auditorias focalizadas, realizadas posteriormente, avalizam a implementação das medidas de melhoria prescritas. A decisão de acreditação só é emitida depois de todas as auditorias de acompanhamento resultarem numa avaliação satisfatória.

Em regra, a acreditação tem a validade de três anos. Pode ser mantida mediante novo processo de auditoria.

Existem normas de satisfação compulsiva para a obtenção da acreditação e outras cuja implementação corresponde a uma mais-valia em termos de qualidade, mas cuja não avaliação como satisfatória não implica a não acreditação.

As normas avaliadas abordam as seguintes dimensões (JCI, 2007):

1. Acesso aos cuidados de saúde;
2. Direitos do doente da família;
3. Avaliação de doentes;
4. Cuidados prestados aos doentes;
5. Educação do doente e da sua família;
6. Melhoria da qualidade e segurança do doente;
7. Prevenção e controlo de infecções;
8. Administração, Chefia e Direcção;
9. Gestão e segurança da instalação;
10. Qualificações e educação dos profissionais;
11. Gestão da informação;

Os elementos de 1 a 5 estão centrados no doente. Os restantes são normas relativas à organização de saúde.

1.3.3.2 – Acreditação pelo Health Quality Service (King’s Fund)

Segundo Griffiths (2003), em entrevista disponível no sítio do Instituto da Qualidade em Saúde, o *King’s Fund* foi fundado há cerca de 100 anos por S.A.R. Eduardo VII de Inglaterra. O sítio oficial refere que a sua tarefa inicial era a de prover pelos cuidados de saúde

dos mais desfavorecidos da cidade de Londres. Passou posteriormente a inspeccionar os hospitais e alargou a sua responsabilidade aos cuidados de urgência.

Com o surgimento do *National Health Service* em 1948, a sua actividade passou a incluir a formação para as boas práticas e a disponibilização de fundos para as iniciativas que resultassem em ganhos em saúde para a população de Londres.

No decorrer da segunda metade do séc. XX e em particular depois de 1980 desenvolveu sistemas de auditorias para organizações de saúde.

Em 1988, foi criado o *Health Quality Service*, no âmbito do *King's Fund*, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, principalmente os hospitalares.

Este modelo define um total de 55 padrões para a avaliação da organização divididos em 6 secções:

Secção 1 – Governo clínico e organizacional;

Secção 2 – Gestão operacional;

Secção 3 – Infra-estruturas e serviço de hotelaria;

Secção 4 – Experiência do doente;

Secção 5 – Circuito do doente;

Secção 6 – Serviços clínicos.

No anexo I estas secções estão discriminadas com as descrições dos respectivos padrões.

Os padrões definidos dividem-se em três categorias: os obrigatórios para a acreditação, as recomendações e os padrões de excelência. O cumprimento com os primeiros padrões é necessário para de obter a acreditação.

O processo de acreditação é voluntário e a avaliação é realizada através de uma auditoria externa sobre os processos desenvolvidos na organização.

1.3.3.3 – Normas ISO Aplicáveis a Organizações de Saúde

De acordo com o sítio oficial, a Organização Mundial de Standardização, foi fundada em 1946 com a finalidade de “facilitar a coordenação internacional e a unificação de padrões industriais”.

Os padrões adoptados pela ISO para a gestão pela qualidade estão expressos na norma ISO 9004:2000 em oito princípios:

Princípio 1 – Foco no cliente;

- Princípio 2 – Liderança;
- Princípio 3 – Envolvimento das pessoas;
- Princípio 4 – Abordagem por processos;
- Princípio 5 – Abordagem à gestão sistemática;
- Princípio 6 – Melhoria contínua;
- Princípio 7 – Abordagem à decisão com base em factos;
- Princípio 8 – Relações de benefício mútuo com os fornecedores.

A forma como os oito princípios são expostos está descrita no anexo II.

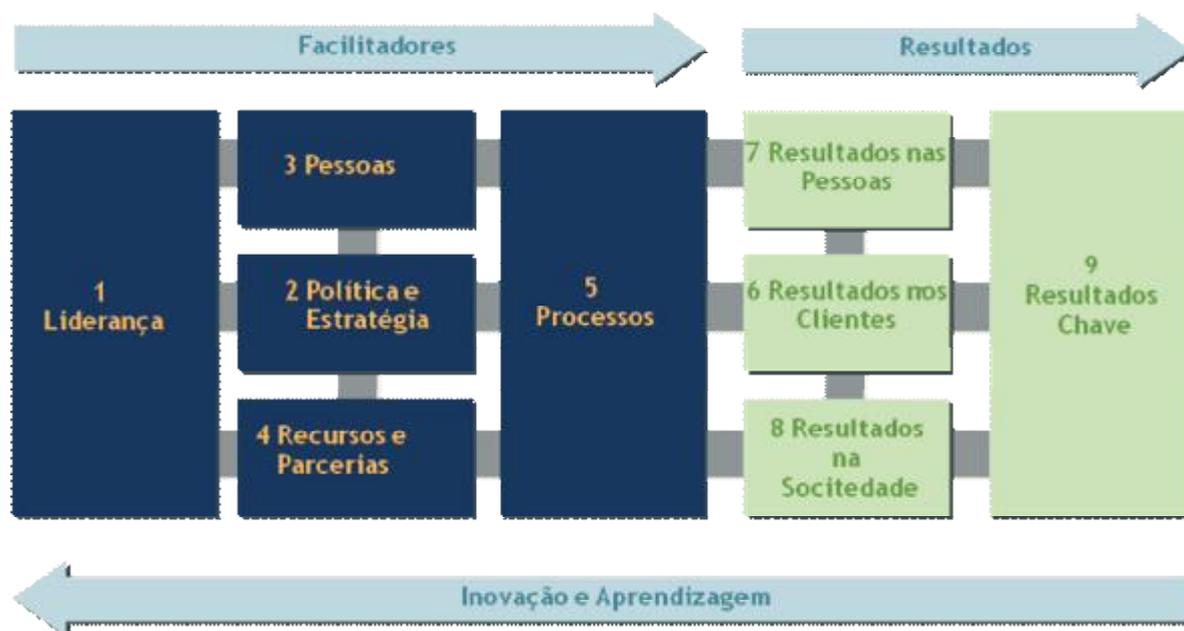
Do documento emitido pelo Instituto para a Qualidade na Saúde “Guia Interpretativo para a aplicação da Norma NP EN ISO 9001 para Serviços de Saúde” retiramos os principais capítulos a considerar na adopção do modelo. No mesmo documento encontramos expresso que o cumprimento de boas práticas por parte dos profissionais é importante mas não garante a qualidade organizacional ou a conformidade do serviço prestado.

1.3.3.4 – Modelo da European Foundation for Quality Management

A EFQM é uma fundação sem fins lucrativos criada em 1988. Foi constituída por catorze empresas europeias com a finalidade de promover a excelência nas organizações da Europa. Em 1992 inicia a edição de directivas para orientar as organizações nos processos de melhoria (EFQM, 2003a).

O modelo apresentado para atingir a excelência é não prescritivo baseado em nove critérios: Liderança, Pessoas, Política e Estratégia, Parcerias e Recursos, Processos, Resultados nas Pessoas, Resultados para o Cliente, Resultados para a Sociedade, e finalmente, Resultados-Chave do Desempenho (Fig. 4).

Figura N.º 4 – Modelo de excelência do EFQM.



Fonte: Adaptado do Sítio oficial do EFQM, em WWW.efqm.org.

Para além dos nove elementos referidos, constam da imagem a inovação e a aprendizagem com os motores para os meios e os resultados.

A configuração do modelo permite a aplicação a qualquer tipo de organização. A sua estruturação e organização sistematizada facilitam a sua adaptação a qualquer tipo de indústria, pelo que a área da saúde não é excepção (EFQM, 2003b; Moeller, 2001).

O modelo admite a possibilidade de atingir a excelência por diferentes formas. No centro do mesmo está uma lógica definida como RADAR© (Resultados, Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão). É um modelo que se fundamenta não só em ideias mas principalmente nos resultados (EFQM, 2003c).

Os conceitos por detrás do modelo que a própria EFQM disponibiliza pelo sítio oficial da organização são:

1 – Orientação para os Resultados: “Excelência é alcançar resultados que encantam todos os *stakeholders* da organização”. Para a sua consecução as organizações têm que ser ágeis na adaptação à mudança, ter a capacidade de monitorizar essas mudanças, bem como de as antecipar;

2 – Focalização no Cliente: “Excelência é criar valor sustentável para o cliente”. O cliente é o principal avaliador do desempenho da organização, há que monitorizar de que forma a actividade da organização é avaliada para entender as necessidades presentes e futuras dos clientes reais e potenciais. Estratégias de segmentação permitem atender melhor às

expectativas dos diferentes clientes. Quando a resposta da organização não corresponde ao que os clientes esperam, a organização adapta-se de forma rápida e eficiente. As organizações excelentes constroem e mantêm relações excelentes com os seus clientes;

3 – Liderança e Constância de Propósitos: “Excelência é liderança visionária e inspiradora, indissociada de uma constância de propósitos”. Os líderes devem definir o rumo da organização de forma clara. É importante unificar os esforços de todos os colaboradores. A definição dos valores, da ética, cultura, estrutura organizacional agrada aos *stakeholders* para além de proporcionar uma identidade distintiva. Outras competências são: a liderança pelo exemplo, a constância de propósitos, capacidade para ajustar o rumo da organização, mantendo as pessoas unidas nesse rumo mesmo perante um ambiente instável;

4 – Gestão por processos e por factos: “Excelência é gerir a organização através de um conjunto de sistemas, processos e factos interdependentes e interrelacionados”. Uma organização excelente tem um sistema de gestão que responde às necessidades dos seus *stakeholders* de forma eficaz. Os processos são claramente definidos e integrados, desdobrados de forma eficiente e melhorados continuamente. O processo de tomada de decisões é feito com base em factos, são ponderadas as necessidades dos clientes, a capacidade da organização, e o conhecimento relativo a outras organizações (incluindo a concorrência);

5 – Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas: “Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento”. A maximização das capacidades e competências futuras passa pela identificação das potencialidades e pelas capacidades dos colaboradores, em função das necessidades presentes e futuras. Os planos a desenvolver consideram a formação dos colaboradores. As oportunidades de melhoria são baseadas no *empowerment* dos colaboradores, e na tentativa de maximizar as suas potencialidades;

6 – Aprendizagem, Inovação e Melhoria Contínuas: “Excelência é desafiar o ‘*status quo*’ e efectuar a mudança, utilizando a aprendizagem para desencadear a inovação e oportunidades de melhoria”. A excelência atinge-se através do acompanhamento do desempenho das suas bem como as actividades de outras organizações. A prática de *benchmarking* é uma oportunidade de adoptar práticas de melhoria, tanto interna como externamente. As práticas que tragam valor acrescentado para os *stakeholders* são constantemente procuradas;

7 – Desenvolvimento de Parcerias: “Excelência é desenvolver e manter parcerias com valor acrescentado”. Em ambientes instáveis o desenvolvimento de parcerias pode ser

vital para sobreviver. As parcerias que permitam conferir valor acrescentado para os *stakeholders* são feitas em função das competências vitais para o negócio, quer sejam clientes, fornecedores ou até concorrentes;

8 – Responsabilidade Social Corporativa: “Excelência é exceder o enquadramento legal mínimo no qual a organização opera e empreender esforços para compreender e responder às expectativas dos *stakeholders* na sociedade”. As decisões são coerentes com a ética, a ecologia e a responsabilidade social.

O modelo assenta em nove critérios e respectivos subcritérios (EFQM, 2003b).

- 1 – Liderança.
- 2 - Política e Estratégia.
- 3 – Gestão de Pessoas.
- 4 - Recursos e Parcerias.
- 5 – Processos.
- 6 - Resultados nos Clientes.
- 7 - Resultados nas Pessoas.
- 8 - Resultados na Sociedade.
- 9 - Resultados-Chave do Desempenho.

Os diferentes critérios englobam definições específicas e subcritérios que os constituem. No Anexo III está discriminado com maior pormenor o modelo. Estão também discriminados os vários subcritérios que o compõem.

2 - Metodologia

Neste capítulo pretendemos defender as opções tomadas em relação ao desenho da metodologia de investigação desenvolvida. Abordaremos a metodologia da investigação acção, a metodologia de análise de dados implementada e o desenho da investigação desenvolvida.

2.1 - Apresentação do Problema

Para Fortin (1999, 62) a definição do problema de investigação consiste em “definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos”. A apresentação do problema deve demonstrar o interesse da investigação para provar a sua pertinência.

A temática da qualidade dos cuidados de saúde tem acompanhado a evolução do conceito de qualidade que se observa no mercado da indústria e dos serviços. Não é de estranhar que a definição de qualidade na saúde tenha evoluído. Em 1990 o Institute of Medicine dos Estados Unidos da América apresentava a seguinte definição: “O grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente”. Em 2001 a definição evoluía para “A forma como o cuidado é prestado deve reflectir o uso apropriado do conhecimento mais recente sobre os elementos científicos, clínicos, técnicos, interpessoais, manuais, cognitivos, e de organização e gestão do cuidado de saúde”. Para esta evolução do conceito contribuíram um conjunto de estudos relativos aos problemas de qualidade nas instituições de saúde norte americanas, cf. Ransom *et al* (2005). Dos estudos citados o mais significativo pelo seu impacto é “To Err is Human” publicado em 1998 pelo IOM.

Na Europa a necessidade de acompanhar e garantir a qualidade na saúde está institucionalizada nos diferentes países de forma distinta. Também os programas desenvolvidos reflectem uma estratégia nacional. Exemplos das instituições nacionais são o Instituto para a Qualidade em Saúde de Portugal, o Dutch Institute for Healthcare Improvement na Holanda, a Danish Healthcare Quality Assessment Project na Dinamarca, a German Society for Quality in Health Care na Alemanha, etc.

Dentro dos diferentes serviços em que já foi implementado o modelo da EFQM como orientador de um projecto de melhoria contínua temos os de Cuidados de Saúde Primários em Espanha (Gené-Badia, 2001), Hospitais e outras instituições de saúde na Alemanha (Moeller, 2001), Holanda e Inglaterra (Nabitz, 2000).

Da bibliografia consultada não encontramos referência da sua implementação numa unidade de BOC.

Neste trabalho, a escolha de uma única unidade funcional ocorreu pela necessidade de limitar o campo de estudo a uma dimensão exequível para um investigador. A opção pelo BOC ocorre porque é uma peça fulcral de toda a actividade cirúrgica do hospital. De facto, o bom desempenho de um BOC pode ditar o resultado de todos os utentes e serviços que serve.

Quando iniciámos funções como gestor da Unidade Hospitalar de Gestão da Lista de Inscritos para intervenções Cirúrgicas e dos Blocos Operatórios do Hospital de Santarém, em Outubro de 2005, deparámo-nos com resultados que indiciavam o subaproveitamento das potencialidades do Bloco. Estávamos perante uma situação de dificuldade em cumprir as metas da actividade contratada em doentes programados enquanto a actividade em doentes urgentes se encontrava enquadrada no desempenho esperado. Os membros do Conselho de Administração (CA), preocupados com a necessidade de cumprir metas com a tutela, e as chefias do BOC, preocupados com o seu contributo para o desempenho do hospital, solicitavam uma intervenção que permitisse prevenir a repetição do cenário penalizador de 2005.

Com o ano de 2006 desenvolvemos um sistema de informação em rede informática, que permite o acompanhamento do desempenho do BOC. Assim, passou a ser possível aos envolvidos identificar e agir rapidamente (diariamente) sobre os desvios. Esta medida, associada a uma melhoria implementada na recolha e tratamento da informação relativa ao acompanhamento da execução do contrato-programa do hospital, permitiu evitar surpresas. Estas medidas, essencialmente de acompanhamento, permitiram que já a partir de 2006, a actividade cirúrgica programada do BOC obtivesse um resultado dentro do esperado.

Este sucesso inicial representou um factor motivador do investigador e da chefia do BOC para aprofundar uma análise sobre as causas das condicionantes do desempenho da unidade.

Apesar de estar aparentemente resolvido o problema de 2005 havia ainda um passo essencial de gestão a dar: agir sobre os procedimentos que originam os problemas de desempenho do Bloco. A reacção atempada aos problemas registados, se bem que desejável, por si só não garante a sustentabilidade do sucesso alcançado. Havia que agir de forma global sobre os processos dentro da unidade. O presente trabalho centrou-se na tentativa de melhorar de forma sustentada os processos do Bloco, numa filosofia de melhoria contínua.

No que diz respeito à gestão dos blocos operatórios, existe uma necessidade de adaptação a valores permanentes: a qualidade e a capacidade de resposta às necessidades dos utentes, de forma sistemática, no âmbito de uma filosofia de melhoria contínua e reconhecendo as particularidades destas unidades organizacionais.

É neste âmbito que uma filosofia de *Total Quality Management* faz todo o sentido.

A investigação que pretendemos desenvolver visa estudar a relação entre a implementação de um projecto de melhoria contínua pelo modelo da EFQM e o desempenho de uma unidade funcional muito específica – o BOC.

O nosso problema de investigação prende-se com o impacto que a implementação de um projecto de metodologia de melhoria contínua com base num diagnóstico pelo modelo da EFQM num BOC, medido em ganhos de produtividade. Vamos também procurar perceber quais os critérios e subcritérios do modelo mais valorizados pelos profissionais para a valorização de um plano de acção.

2.2 – Caracterização da Unidade de Estudo

Este estudo foi desenvolvido no BOC do Hospital de Santarém. Este localiza-se no primeiro andar do edifício do hospital. É composto por cinco salas de operações. Quatro salas estão direccionadas em primeira instância para a actividade programada e a quinta sala, a mais pequena, está principalmente vocacionada para a actividade urgente. As quatro salas de actividade não urgente estão dotadas de sala de indução anestésica que não são utilizadas para esse fim mas antes como salas de acolhimento.

Em termos de espaços físico o BOC conta ainda com vestiários femininos e masculinos, um espaço de descanso para os colaboradores repousarem entre intervenções. Há uma sala de cuidados pós-anestésicos com capacidade para nove camas a que acresce a possibilidade de haver até dois doentes em regime de cuidados intensivos, se necessário.

Existe um armazém avançado no BOC onde é guardado parte do material de consumo clínico. O restante material é guardado no corredor principal e nas próprias salas cirúrgicas.

Ainda sob o ponto de vista estrutural, o acesso ao Bloco faz-se por um só corredor. Este serve o circuito de limpos (material estéril para ser utilizado) e de sujos (lixos, resíduos, material utilizado).

As especialidades que desenvolvem a sua actividade no BOC são as cirúrgicas do hospital: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia, Obstetrícia, Dermatologia, Gastrenterologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. Ocasionalmente, pode ocorrer que uma especialidade médica (não cirúrgica) utilize o BOC para um procedimento mais invasivo.

Ao todo foram intervencionados nos últimos anos cerca de quatro mil e quinhentos a cinco mil doentes programados por ano (tabela N.º 4).

Tabela N.º 4 - Actividade Cirúrgica por anos.

Ano	Doentes Urgentes	Doentes Programados	Total
2005	1637	3213	4850
2006	1771	3306	5077
2007	1643	3375	5018

Fonte: Sistema de informação SONHO© do Hospital.

No BOC trabalham um total de 61 colaboradores distribuídos por diferentes categorias profissionais e com diferentes vínculos à instituição (tabela N.º 5).

A missão do BOC foi divulgada em 2004, aquando da elaboração do primeiro plano de negócios, nos seguintes termos:

- “Criar condições de excelência para que os procedimentos médico-cirúrgicos e cuidados de enfermagem sejam efectuados de acordo com os mais elevados parâmetros de qualidade e segurança para os doentes e profissionais desta unidade;
- Proporcionar a todos os profissionais de saúde que desempenham a sua actividade nesta unidade condições óptimas de realização pessoal e profissional;
- Esgotar a capacidade instalada da unidade, de forma a manter níveis de produtividade adequados;

- Combater o desperdício, fazendo uma correcta gestão dos recursos humanos e materiais”.

Tabela N.º 5 – Recursos Humanos do Bloco Operatório Central.

Grupo Profissional	Número de Pessoas
Médicos	1
Técnico Superior	1
Enfermeiros	42
Auxiliares de Acção Médica	15
Administrativos	2
Total	61

Fonte: Base de Dados da Gestão de Recursos Humanos, consultada em 31-12-2006.

O BOC tem um Director e um Enfermeiro-Chefe como chefias funcionais directas. O Director do serviço reporta directamente ao Coordenador da Anestesiologia, da Cirurgia de Ambulatório, BOC e Esterilização (CABE) e ao Director Clínico em termos funcionais. Como médico também tem autonomia técnica. O Enfermeiro-Chefe reporta directamente à Direcção de Enfermagem pela via profissional e ao Director de Serviço pela via funcional. Goza de autonomia técnica em relação ao Director de Serviço.

Para o auxílio nas tarefas de gestão há uma Adjunta para a Gestão que trata da gestão do pessoal administrativo, e das tarefas de controlo de gestão.

A figura do CABE foi criada em 10/08/2005 e reporta directamente ao CA.

A função do Director do BOC é acompanhar e promover o desempenho do BOC em termos de produção, qualidade e custos globais. Quando se verificam desvios intervém se tal for necessário. Existe uma capacitação do Enfermeiro-Chefe para as decisões tácticas. Quando há decisões mais complexas a participação do Director é solicitada.

A função do Enfermeiro-Chefe é a da gestão das pessoas ao nível do pessoal de enfermagem e auxiliar. Gere os materiais no que concerne à sua disponibilização para os tempos operatórios e esterilização. Participa na selecção dos materiais utilizados e é o responsável pela sua disponibilização nas salas quando são necessários. Em última análise garante que os recursos certos estão nos locais certos quando são necessários.

A função do Coordenador do CABE é garantir que a interligação dos anestesistas é efectiva entre os vários serviços em que são necessários. Coordena os recursos nos diferentes blocos no que diz respeito aos investimentos e coordenação de procedimentos.

O anexo IV elucida o organigrama do hospital e como o BOC se insere na estrutura organizativa.

2.3 - Objectivos

Para Fortin (1999, 61) “o objectivo de um estudo é um anunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Neste trabalho pretendemos desenvolver e implementar uma auto-avaliação pelo modelo de excelência europeu no contexto das actividades do BOC, utilizar os resultados desta auto-avaliação para elaborar planos de acção no contexto deste estudo e avaliar a eficácia do plano implementado.

2.4 - Questões de Investigação

As questões de investigação derivam dos objectivos de investigação e ajudam a especificar o estudo cf. Fortin (1999, 51). A autora refere que “A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar” (Fortin, 1999, 101).

As questões de investigação que levantamos neste estudo são:

Questão 1: Quais os subcritérios do modelo EFQM que são mais valorizados para orientar os planos de melhoria?

Questão 2: Qual o impacto da implementação de um plano de melhoria baseado no modelo EFQM, na produtividade (taxas de utilização e de cancelamento) do BOC?

2.5 – Desenho do Estudo e Procedimentos

Em função do que foi exposto na definição do problema, dos objectivos do estudo e das questões de investigação, parece-nos ser mais adequado utilizar o método de Investigação-Acção. Este é apontado como o mais adequado para este tipo de estudo, como recomendam os diversos autores consultados (Kemmis e McTaggart, 1988; Elliot, 1991; Zuber-Skerritt, 1992; Cohen & Manion, 1994; Cortesão, 1998; Denscombe, 1999; Almeida, 2001; Latorre, 2003).

A Investigação-Acção é um método de investigação que se estabeleceu no âmbito das ciências sociais e médicas desde meados do séc. XX. Atribui-se a Kurt Lewin a sua ori-

gem moderna quando nos anos quarenta desenvolveu uma versão de Investigação-Acção em Psicologia Social no Centro de Pesquisa em Dinâmica de Grupos da Universidade de Michigan. Também o Instituto Tavistock, independentemente, desenvolveu uma versão operacional de Investigação-Acção no estudo de desordens psicológicas e sociais entre os veteranos da guerra. Lewin e Tavistock acabariam por trabalhar conjuntamente e inspirarem uma vasta corrente de investigações-acções.

Depois de alguma marginalização científica amadureceu um reconhecimento de que a Investigação-Acção operava com uma epistemologia alternativa à da ciência tradicional. Nos anos noventa verificou-se um crescimento da sua popularidade nas ciências da educação, na investigação em sistemas de informação e na aprendizagem das organizações (*organizational learning*), porque assenta na acção prática. O método tem produzido relevantes resultados na resolução de problemas (Latorre, 2003).

A Investigação-Acção assume-se hoje como uma metodologia emergente de flexibilidade, de respostas adequadas e de mudança. O seu processo ajusta-se às exigências da situação em toda a sua complexidade. A sua atitude de abertura ao conhecimento permite à Investigação-Acção proporcionar uma mais efectiva mudança, a qual, por sua vez, estimula uma mais efectiva compreensão do problema. Com a Investigação-Acção enceta-se a aprendizagem-acção. Há nesta metodologia um incontornável cariz pragmático, em sentido construtivista. Intenta-se ajudar as pessoas a mudar uma situação concreta, a resolver-se numa nova situação, em suma, a compreender e a mudar.

Este método de investigação torna-se apelativo e motivador na medida em que coloca a tónica na componente prática e na melhoria das estratégias de trabalho utilizadas, o que conduz a um aumento significativo na qualidade e eficácia da prática desenvolvida.

Características da Investigação-Acção

O que melhor caracteriza e identifica a Investigação-Acção é o facto de se tratar de uma metodologia de investigação essencialmente prática e aplicada, que se rege pela necessidade de resolver problemas reais. Com a investigação há uma acção que visa a transformação da realidade, e, conseqüentemente, produzir conhecimentos das transformações resultantes da acção (Almeida, 2001).

De acordo com vários autores consultados (Kemmis e McTaggart, 1988; Elliot, 1991; Zuber-Skerritt, 1992; Cohen & Manion, 1994; Cortesão, 1998; Denscombe, 1999), destacamos as seguintes características da Investigação-Acção:

- Participativa e colaborativa, no sentido em que implica todos os intervenientes no processo. Todos são co-executores na pesquisa. O investigador não é um agente externo que realiza investigação com pessoas, é um co-investigador com e para os interessados nos problemas práticos e na melhoria da realidade, (Zuber-Skerritt, 1992);
- Prática e interventiva, pois não se limita ao campo teórico, a descrever uma realidade, intervém nessa mesma realidade. A acção tem de estar ligada à mudança, é sempre uma acção deliberada (Coutinho, 2005);
- Cíclica, porque a investigação envolve uma espiral de ciclos, nos quais as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança que são então implementadas e avaliadas como introdução do ciclo seguinte. Temos assim um permanente entrelaçar entre teoria e prática, (Cortesão, 1998, citado em Coutinho, 2005:222);
- Crítica, na medida em que a comunidade crítica de participantes não procura apenas melhores práticas no seu trabalho dentro das restrições sociopolíticas dadas, mas também, actuam como agentes de mudança críticos e autocríticos das eventuais restrições. Mudam o seu ambiente e são transformados no processo (Zuber-Skerritt, 1992);
- Autoavaliativa, porque as modificações são continuamente avaliadas, numa perspectiva de adaptabilidade e de produção de novos conhecimentos (Cortesão, 1998, citado em Coutinho, 2005:222).

Propósitos e contributos da Investigação-Acção

Os principais benefícios da Investigação-Acção são a melhoria da prática, a compreensão da prática e a melhoria da situação onde tem lugar a prática (Latorre, 2003).

O propósito fundamental da Investigação-Acção não é tanto gerar conhecimento, é sobretudo, questionar as práticas sociais e os valores que as integram com a finalidade de explicá-los. A Investigação-Acção é um poderoso instrumento para reconstruir as práticas e os discursos (Latorre, 2003). Para Simões (1990), citado por Coutinho (2005) o resultado da investigação terá sempre um triplo objectivo: produzir conhecimento, modificar a realidade e transformar os actores e as organizações.

Podemos ainda considerar que a Investigação-Acção tem como objectivos:

- Compreender, melhorar e reformar práticas (Ebbutt, 1985);

- Intervir em pequena escala no funcionamento de entidades reais e análise detalhada dos efeitos dessa intervenção (Cohen & Manion, 1994).

Fazer Investigação-Acção implica planejar, actuar, observar e reflectir mais cuidadosamente do que aquilo que se faz no dia-a-dia, "trazer melhoramentos práticos, inovação, mudança ou desenvolvimento de práticas sociais e um melhor conhecimento dos práticos acerca das suas práticas" (Zuber-Skerrit, 1992).

Perante o que foi apresentado, são metas da Investigação-Acção (Latorre, 2003):

- Melhorar e/ou transformar a prática social, ao mesmo tempo que procuramos uma melhor compreensão da referida prática;
- Articular de modo permanente a investigação, a acção e a formação;
- Aproximarmo-nos da realidade: veiculando a mudança e o conhecimento;
- Fazer dos actores sociais os protagonistas da investigação.

Fases do processo da Investigação-Acção

Para se concretizar um processo de Investigação-Acção, de acordo com Trilla (1998), inspirado nos trabalhos de Argyris *et al* (1985) será necessário seguir quatro fases:

1. Diagnosticar ou descobrir uma preocupação temática, isto é o “problema”;
2. Elaboração do plano de acção;
3. Implementação do plano e observação de como decorre;
4. Reflexão, interpretação e integração dos resultados e eventual replanificação.

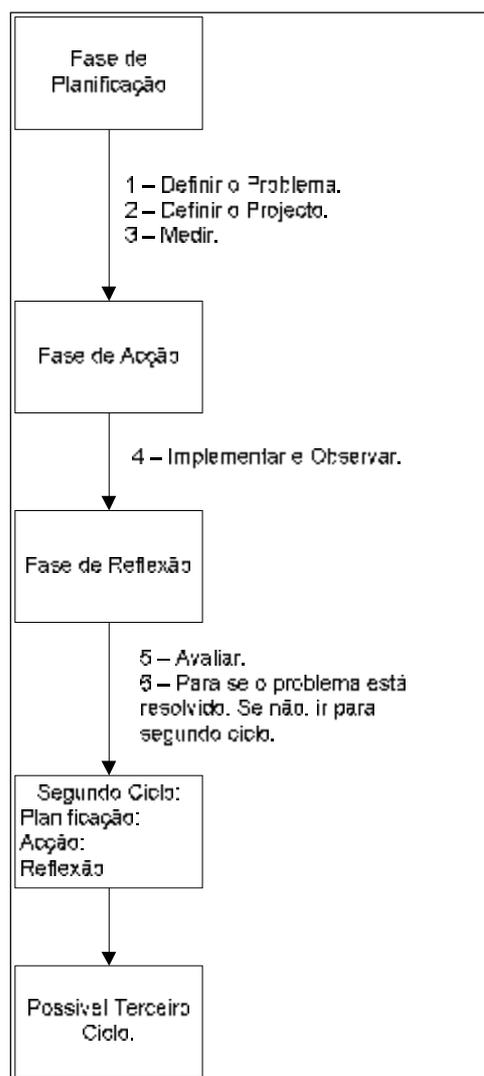
Para Kuhne e Quigley (1997), as fases da Investigação-Acção podem assumir uma estrutura mais complexa com a configuração apresentada na figura N.º 5.

Da comparação da Investigação-Acção com as metodologias quantitativas, torna-se claro que a Investigação-Acção sugere uma intervenção que pode ser benéfica quer para a organização quer para o investigador e para a comunidade.

O tipo de aprendizagem proporcionado pela Investigação-Acção permite a compreensão e a vivência de um problema sócio-organizacional complexo. O domínio ideal do método é caracterizado por um “conjunto social” em que o investigador é envolvido activamente, havendo benefícios expectáveis quer para a organização, quer para o investigador; o conhecimento adquirido/obtido pode ser imediatamente aplicado e a investigação é um processo que liga intimamente a teoria à prática.

Santos *et al* (2004) apresenta-nos, através da espiral auto-reflexiva lewiniana (fig. 6), o processo cíclico das fases que estão presentes na Investigação-Ação referidas anteriormente.

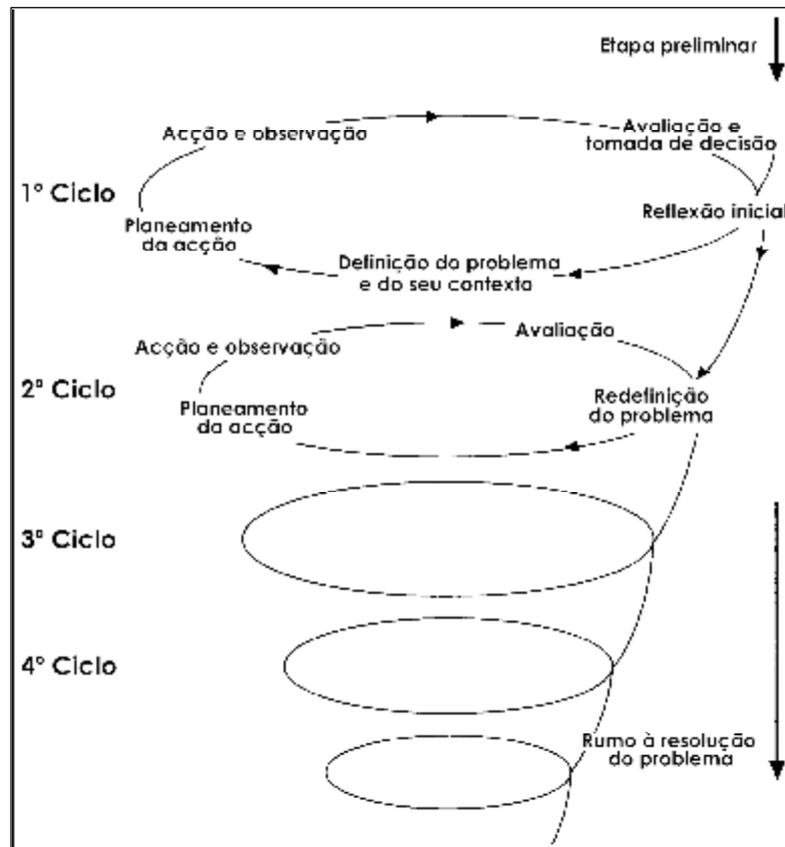
Figura N.º 5 – Fases da Investigação-acção apresentada por Kuhne & Quigley



Fonte: Kuhne & Quigley (1997), adaptado.

Podemos, assim, afirmar que a Investigação-Ação é uma metodologia dinâmica, “uma espiral de planeamento e acção e busca de factos sobre os resultados das acções tomadas, um ciclo de análise e reconceptualização do problema, planeando a intervenção, implementando o plano, avaliando a eficácia da intervenção” (Matos, 2004).

Figura N.º 6 - Espiral auto-reflexiva lewiniana.



Fonte: Adaptado de Santos *et al* (2004)

Modelo EFQM e os ciclos de melhoria da Investigação-Acção

O modelo de excelência europeu assume que a auto-avaliação tem como principal função guiar as iniciativas de melhoria (EFQM, 2003d, 2006). Assim, a totalidade da fase de planificação descrita pelos autores corresponde a muitas actividades apresentadas pela EFQM no desenvolvimento da auto-avaliação. A tabela N.º 6 relaciona os passos da auto-avaliação, conforme preconizado pela EFQM, com o modelo de Investigação-Acção.

Concluimos que o modelo de excelência europeu se baseia na aplicação de uma metodologia de Investigação-Acção implementada de forma cíclica sobre as áreas que são consideradas como críticas para a organização. Esta metodologia garante uma abordagem não prescritiva e adaptada à realidade de cada organização, com uma base sólida sob o ponto de vista metodológico, como se referiu no enquadramento teórico.

Tabela N.º 6 - Relação entre o método de Investigação e o método de auto-avaliação preconizado pela EFQM.

Fases da Investigação-Acção	Modelo de Auto-avaliação da EFQM
Fase de Diagnóstico e Planificação	Passo 1 – Desenvolver e manter o empenho; Passo 2 – Desenvolver e manter uma estratégia de comunicação; Passo 3 – Planear o processo de autoavaliação; Passo 4 – Seleccionar e formar as pessoas envolvidas no processo; Passo 5 – Desenvolver a auto-avaliação; Passo 6 – Ponderar os resultados e as prioridades;
Fase de Acção	Passo 7 – Implementar o plano de acção;
Fase de Reflexão	Passo 8a - Monitorizar e rever o Processo de Auto-avaliação.

2.5.1 – Primeiro Ciclo de Melhoria

O desenvolvimento da fase metodológica deste trabalho teve como referencia o modelo de excelência europeu, que, conforme foi referido, segue a estrutura de um estudo de Investigação-Acção. O cronograma do desenho da investigação que foi implementado é apresentado no Anexo V.

2.5.1.1 – Fase de Diagnóstico e Planificação

A realização deste estudo foi autorizada por despacho do CA.

O primeiro passo consistiu em garantir o apoio das chefias da unidade (Director do BOC, Coordenador do CABE) e do CA. Para tal reunimos a 16-03-2007 com os membros do conselho e expusemos os intentos deste projecto. Depois, com a presença do Vogal Exe-

cutivo, reunimos a 23-03-2007 com os chefes do Bloco e apresentámos ainda um cronograma dos passos que pretendíamos desenvolver.

O segundo passo visava garantir a aderência e a participação dos colaboradores do Bloco. Para tal organizámos duas apresentações do projecto. A primeira, com a presença dos membros do CA, serviu para apresentar o projecto: objectivo, cronograma, motivação e apelo à participação dos colaboradores (anexo VI). A segunda apresentação contou também com a presença do Vogal Executivo do CA, entretanto nomeado elemento de ligação do projecto, serviu para apresentar o modelo da EFQM e a metodologia RADAR© aos colaboradores e chefias do Bloco (anexo VII).

No que respeita ao terceiro passo, também com o objectivo de comunicar e manter presente as apresentações realizadas, criámos uma página na intranet do hospital em que foram divulgadas as apresentações realizadas, a documentação da EFQM sobre os princípios da qualidade e sobre a auto-avaliação, foram também colocadas as ligações electrónicas ao sítio da EFQM e da Associação Portuguesa para a Qualidade.

O quarto passo correspondeu à distribuição do guião de entrevista (Anexo VIII). Este guião foi elaborado com base no documento “*Self-Assessment Workbook*” que tem noventa questões orientadas para a colheita de dados em instituições que iniciam o percurso da qualidade no modelo EFQM. Para facilitar a colheita de dados o guião foi antecipadamente entregue aos entrevistados e nele foi colocada, relativamente a cada um dos critérios e subcritérios, uma breve descrição e um conjunto de exemplos de abordagens que podiam ser incluídas. Foi também preparado um glossário com a explicitação dos termos empregues ao longo do documento.

Só depois de completadas as etapas anteriores foram realizadas as várias entrevistas com os elementos que chefiam a unidade do BOC: o Enfermeiro-chefe, a Enfermeira que o apoia e o Director do BOC. As entrevistas e recolha de dados foram realizadas entre os meses de Junho a Setembro de 2007, sem recurso a gravação porque os entrevistados manifestaram sentir-se pouco à vontade na presença de um gravador. As entrevistas tiveram lugar entre Junho e meados de Agosto. Paralelamente tratámos de diagnosticar a situação em relação aos critérios de resultados: a produção pelo número de doentes e a produtividade pela taxa de utilização das salas. Para o cômputo dos doentes intervencionados foi considerada a totalidade dos doentes: urgentes, programados em tempos normais e programados em tempos de actividade adicional. Dado que não é possível isolar os custos realizados em cada um destes tipos de actividade cirúrgica houve que considerar o total. Calculamos também o custo por cada hora disponibilizada pelo BOC.

Foram utilizados vários documentos que aqui enumeramos:

- *Business Plan* do BOC para os anos 2007 a 2009;
- Contrato Programa do Hospital de Santarém para 2006 e para 2007;
- Descrição das Funções do Auxiliar de Acção Médica no BOC;
- Modelo HDS-21-E.05 “Protocolo de Preparação Pré-operatória”;
- Norma de actuação e Critérios de Avaliação dos Enfermeiros Perioperatórios do BOC do Hospital de Santarém;
- Ordens de serviço emanadas pelo CA relativas à nomeação das chefias do BOC;
- Organograma do Hospital de Santarém;
- Regulamento de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho no HDS.

Foram utilizados os dados do Sistema de Informação do Hospital (SONHO®) para obter os registos da actividade do BOC. Estes dados são fidedignos já que são objecto de acompanhamento pela ACSS e auditoria interna.

Foram igualmente utilizados os dados da Contabilidade Analítica do hospital. Estes dados são fidedignos já que a contabilidade obedece a regras específicas que são auditadas e validadas por revisores oficiais de contas, externos ao próprio hospital.

Depois de realizadas as entrevistas e recolhidos os dados documentais e os relativos aos critérios de resultados, elaborámos um documento que foi intitulado no âmbito deste estudo como “Auto-Avaliação EFQM”, entre Agosto e Setembro de 2007, que descrevia os procedimentos e as realidades identificadas (Anexo IX). Este documento foi depois entregue às chefias que fizeram um conjunto de reparos finais no sentido de completar e explicitar os dados recolhidos. O documento foi reformulado no sentido de juntar os últimos contributos e foi validado pelas chefias da unidade estudada na sua versão final. Como resultado desta etapa ficámos com uma descrição do BOC nos moldes de uma proposta de candidatura ao prémio de excelência europeu.

Para conseguir obter uma pontuação sólida o investigador investiu na sua formação como auditor pelo modelo EFQM, deslocando-se à sede da organização em Bruxelas. Depois de frequentada a formação com aproveitamento, no último trimestre de 2006, ficou reconhecido com a competência técnica como auditor pelo modelo de excelência europeu.

Com base nas orientações técnicas de auditoria pelo modelo EFQM pontuámos e identificámos os pontos fortes e as áreas de melhoria potencial do BOC. Elaborámos um docu-

mento “Relatório de Auditoria” em duas versões: uma com detalhe de pontuação para os trinta e dois subcritérios e a avaliação final para o CA. Outra sem o detalhe da pontuação para os trinta e dois subcritérios para as chefias do BOC.

2.5.1.2 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção

O plano de acção foi elaborado no final de Outubro de 2007 com base nas áreas de melhoria identificadas no “Relatório de Auditoria”. Para o primeiro plano de intervenção interessava agir sobre as áreas mais críticas de forma a conseguir um plano com impacto e com reduzido risco, e por isso, menos ambicioso, tal como recomendado por Cameron e Quinn (1998). Estes autores aconselham que o primeiro plano deve reunir estas características, e que o seu sucesso deve ser largamente divulgado, com o intuito de criar um movimento de mudança que sustente o ciclo seguinte que será mais ambicioso.

Por consenso entre as chefias, o investigador, o elemento de ligação ao CA e a adjunta para a gestão foi elaborado o primeiro plano de acção (anexo X). Este plano centrou-se nas áreas da segurança e na redução dos incidentes de cancelamentos de intervenções no BOC. Foi também definido um conjunto de indicadores para acompanhar a produtividade do Bloco a acrescentar ao mapa mensal do número de doentes intervencionados: A taxa de utilização da capacidade instalada (horas utilizadas de sala em relação às disponíveis no mês) e a taxa de cancelamentos (número de cancelamentos em relação ao número total de doentes programados intervencionados no mês).

2.5.1.3 - Fase de acção: Implementação do Plano de Acção

O primeiro plano de acção foi implementado por três meses, entre Novembro de 2007 e Janeiro de 2008. Segundo Porras (1987, 27), nos planos de acção para a melhoria contínua em problemas concretos diagnosticados, é “muito importante ter em conta que planear a um futuro longínquo é irrealista, e talvez até contraproducente. Planos de três a nove meses são provavelmente o mais apropriado”.

Foram realizadas avaliações mensais com os envolvidos na elaboração do plano e com a Directora do Departamento de Cirurgia por ser a principal representante dos clientes internos. Identificaram-se as principais causas que geravam os cancelamentos e desenvolveram-se as práticas que as permitiam minimizar com o envolvimento dos Directores dos serviços das especialidades cirúrgicas. Como resultado da análise das causas dos cancelamentos

lamentos ouve também uma utilização mais efectiva do modelo HDS-21-E.05 “Protocolo de Preparação Pré-operatória” que permitiu comunicar as não conformidades verificadas e agir sobre as causas que as originavam.

2.5.1.4 – Fase de reflexão: Avaliação dos resultados do Plano de Acção Número 1.

O plano foi implementado ao longo dos três meses e avaliado sucessivamente com base no conjunto de indicadores definidos aquando da elaboração do mesmo.

No final destes três meses de implementação a evolução dos indicadores foi feita de seguinte forma:

- Número de doentes intervencionados: dados retirados do módulo estatístico do SONHO©;
- Taxa de utilização dos tempos operatórios: estatística criada no sistema em rede do BOC, entretanto integrado nas estatísticas normais da instituição;
- Taxa de Cancelamentos: número de cancelamentos registados no sistema em rede do BOC, entretanto integrado nas estatísticas normais da instituição;

Os resultados obtidos foram analisados pelos elementos que participaram na elaboração do plano de acção e amplamente divulgados aos colaboradores pela página da intranet e afixadas no BOC.

2.5.2 – Segundo Ciclo de Melhoria

O segundo plano de melhoria foi resultado da percepção do sucesso de implementação do anterior. Mais do que o resultado em si era importante criar a dinâmica para este segundo ciclo.

2.5.2.1 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção

Este plano foi desenhado em função das áreas identificadas como passíveis de melhoria na primeira auditoria. Surgiu pela aplicação do método ‘*focus group*’ com os seguintes passos:

1. Da listagem de 66 áreas de melhoria foi feita uma discussão em que cada um pode elaborar sobre o significado de cada área indicada; desta discussão emergiu um entendimento comum sobre cada um dos itens;
2. Realização de uma votação das dez principais medidas à luz da matriz de análise. Ficámos com uma primeira lista de elementos por ordem de prioridades. De seguida repetimos o passo número um em relação aos primeiros 30 elementos;
3. Repetição do ponto número dois para a obtenção da lista final de 15 elementos.

A margem temporal deste plano é de um ano, até à realização de uma revisão do processo de auto-avaliação pelo modelo da EFQM que irá orientar o plano de acção de 2009.

3 – Análise dos Dados e Apresentação de Resultados

3.1 – Primeiro Ciclo de Melhoria

As entrevistas e a recolha de dados tiveram lugar no Hospital de Santarém, entre os meses de Junho a Setembro de 2007. Foram realizadas sem recurso a gravação por imposição dos entrevistados que manifestaram sentir-se pouco à vontade na presença de um gravador. A este respeito Argyris *et al* (1985) referem que os investigadores devem evitar constranger ou representar uma ameaça aos profissionais.

Os dados recolhidos das entrevistas serviram para a construção do documento que foi intitulado no âmbito deste estudo como “Auto-Avaliação EFQM”. As questões colocadas, de acordo com o guião elaborado do modelo EFQM para auto-avaliação, permitiram localizar os procedimentos desenvolvidos no BOC nos critérios e subcritérios respectivos. Por vezes, como seria de esperar numa primeira auto-avaliação, houve subcritérios para os quais não foi detectada qualquer prática, principalmente no acompanhamento dos resultados. Houve também práticas que, como é natural, influenciavam vários subcritérios. Os resultados da auto-avaliação são apresentados na secção 3.1.1 e com maior detalhe no anexo XI (Relatório de Auditoria EFQM).

3.1.1 – Diagnóstico Inicial

Os resultados principais do Diagnóstico inicial são os que constam do sumário executivo do “Relatório de Auditoria EFQM” (anexo XI), e que aqui se transcrevem:

1. Há um forte investimento em relações de proximidade com os envolvidos internos. Esta proximidade é garantida pelo facto do Director do BOC ser um cirurgião e porque todos os cirurgiões passam pelo BOC para o desenvolvimento da actividade cirúrgica;
2. Há uma forte componente de informalidade na relação com os envolvidos. Esta informalidade é agente facilitador na auscultação dos envolvidos, mas não é garantia de uniformidade de procedimentos no tempo ou em função dos agentes presentes em contexto;

3. Há uma preocupação com a gestão da informação e com as tecnologias de informação no BOC. Está em desenvolvimento um projecto para melhorar a qualidade da informação associada aos agendamentos e aos custos em materiais de consumo clínico no BOC;
4. Outra consequência da informalidade é a dificuldade em avaliar os procedimentos de forma estruturada;
5. É evidente um esforço de formação permanente dos profissionais do BOC. As formações dos instrumentistas, e de higiene das mãos aos AAM são deste facto um exemplo;
6. A gestão de existências do BOC está alicerçada em procedimentos estabelecidos, com pessoas responsáveis pelo processo identificadas;
7. A missão foi definida pela liderança da unidade há cerca de quatro anos. A sua revisão, a ter sido realizada, não terá envolvido as pessoas da unidade. Não é evidente que as pessoas tenham participado na definição da missão ou que se identifiquem com a missão ou os valores. Em consequência não é evidente que consigam transpor para a prática os valores manifestados pela liderança do BOC;
8. A comunicação das metas é feita informalmente aos colaboradores. Consequentemente, não é evidente que as pessoas condicionem os seus comportamentos em função do cumprimento das metas da unidade, ou que de facto as conheçam;
9. Não se encontrou um diagnóstico do risco ou plano de gestão do risco para colaboradores e utentes – esta lacuna é particularmente importante atendendo à natureza da unidade em avaliação;
10. Não se encontrou uma carta de manutenção preventiva para o equipamento crítico ou não crítico do BOC – atendendo à natureza da unidade e ao impacto que uma avaria pode ter para os envolvidos (utentes e colaboradores) esta lacuna é muito importante;
11. Não se encontrou um manual de procedimentos da equipa de gestão do BOC. A AESOP apresenta uma proposta de modelo para a sua elaboração. A elaboração deste documento seria uma mais-valia importante pela revisão de procedimentos que implica;
12. O BOC teria a ganhar se se comparasse com outras realidades semelhantes. O desempenho global da unidade pode ser comparado aos melhores da sua classe. Esta comparação seria um factor motivador para os colaboradores. Actualmente parece fechado no seu histórico;

13. Não há evidência que os processos críticos sejam objecto de revisão - o que não quer dizer que não sejam - esta falta de evidência revela a informalidade dos processos;
14. Não há evidência que os procedimentos previstos nas normas de actuação e critérios de avaliação dos enfermeiros perioperatórios n.º 1 e n.º 3 sejam cumpridos (visita pré e pós-operatória da norma 1, controlo e registo do ar da norma 3);
15. Não é evidente que haja uma relação entre as diferentes abordagens e os resultados. A informalidade de muitas abordagens e das avaliações das mesmas, aliada à falta de fundamentação do porquê das mesmas, resulta nesta dificuldade.

3.1.2 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção

A equipa de chefias do BOC, conjuntamente com o membro do CA e o investigador, reuniu para discutir o conteúdo do “Relatório de Auditoria EFQM”.

A metodologia desta reunião consistiu em rever cada um dos parágrafos assinalados, o objectivo era o de ouvir as partes e elaborar um plano que se enquadrasse nas premissas de Porras (1987) de rápida execução e com resultados visíveis para motivar os colaboradores através de uma divulgação profusa do sucesso alcançado. Esse sucesso teria de ser evidente para todos os envolvidos.

As questões de segurança foram rapidamente colocadas como prioritárias, nomeadamente os parágrafos N.º 9 e N.º 10. Resultou a decisão de nomear o elemento de ligação à área de SHST que deveria coordenar o diagnóstico dos riscos e o respectivo plano de acção. Ficou igualmente estabelecido o início da constituição da carta de equipamentos junto do Inventário para poder estabelecer um cronograma das manutenções preventivas.

Os parágrafos N.º 11 e N.º 13 foram os mais discutidos de seguida. O manual de procedimentos previsto no parágrafo N.º 11 já se encontrava em plano para elaboração desde 2006. A sua elaboração a curto prazo não seria possível pelo que foi descartado do primeiro plano de acção.

O parágrafo N.º 13 significava a revisão de um processo interno que era sentido por todos como necessária. Foi decidido englobar no circuito do doente a chegada ao *transfer* do BOC. Este ponto significava uma revisão de um processo já estabelecido mas que não sofria alterações desde 2004, quando foi introduzido o modelo HDS-21-E.05 “Protocolo de Preparação Pré-operatória”. Em 2005 o modelo tinha sofrido uma revisão pela necessidade de modular as relações de fronteira entre o BOC e as enfermarias das especialida-

des cirúrgicas. Considerou a equipa que havia que melhorar esta relação já que muitas situações verificadas antes de o doente chegar ao BOC condicionavam a actividade do mesmo, podendo resultar em atrasos ou cancelamento de cirurgias.

As áreas que mais foram valorizadas foram as relativas à segurança das pessoas e dos bens, e a necessidade de rever os processos dentro do BOC.

Com a redução de incidentes com o circuito do doente no BOC esperávamos reduzir a incidência dos casos de cancelamentos e aumentar a taxa de utilização das salas. A situação inicial dos cancelamentos é a que se espelha na tabela N.º 7. Um cancelamento é o pior incidente que pode ocorrer num BOC. Significa que todas as dimensões da vida do doente foram condicionadas para a realização da intervenção (a nível familiar, profissional, do seu Eu), bem como todos os recursos hospitalares mobilizados, sem que tenha sido realizada a intervenção que se planeava. Qualquer ganho de produtividade por via da redução de cancelamentos seria valorizado por todos os envolvidos. De Janeiro a Outubro de 2007 a taxa de cancelamento era de 6,1% para os doentes programados.

Tabela N.º 7– Causas de Cancelamentos de Cirurgias em 2007, no BOC.

Causas de cancelamento	Número de Cancelamentos	%
Falta de tempo operatório	50	30,86%
Risco Anestésico	36	22,22%
Outro	19	11,73%
Falta de Anestesista	14	8,64%
Risco cirúrgico	10	6,17%
Falta/ recusa do doente	8	4,94%
Equipamento indisponível	7	4,32%
Doente não preparado	5	3,09%
Falta de Cirurgião	4	2,47%
Falta de Material	4	2,47%
Jejum não cumprido	3	1,85%
Falta de cama UCI/UCPA	1	0,62%
Falta de sangue	1	0,62%
Total	162	100,00%

Fonte: Dados do Bloco Operatório Central.

A falta de tempo operatório invocada em quase 31% dos cancelamentos está relacionada com o desenrolar de intervenções cirúrgicas que se prolongam para além do previsto, atrasos no desenrolar do programa para o dia de intervenções. Estes atrasos no programa resultam principalmente de atrasos nos profissionais e de problemas no circuito do doente.

A indicação do motivo “Outro” distribui-se da forma ilustrada pela tabela N.º 8.

De notar que os motivos clínicos são por exemplo “hipertermia do doente”, “O doente expeliu a pedra” que se pretendia remover cirurgicamente, ou “O doente apresenta traumatismo do olho a operar”. A “Temperatura da sala” foi invocada quando houve uma avaria no sistema de ar condicionado da sala e resultou no cancelamento dos três doentes programados nessa sala para esse dia.

Esperávamos obter também uma melhoria da utilização das salas operatórias pela melhoria do circuito do doente no BOC (consequência da redução de atrasos e de cancelamentos), como tal definimos também como medida de sucesso uma melhoria da utilização das salas operatórias.

Tabela N.º 8 – Distribuição do motivo de cancelamentos “Outro” em 2007, no BOC.

Motivo	Número de Cancelamentos
Relacionado com a situação clínica do doente.	11
Temperatura da sala	3
Não justificado	1
Óbito do doente	1
Óbito de familiar do doente	1
Sem indicação anestésica	1
Falta de cirurgião ajudante	1
Total	19

Fonte: Dados do Bloco Operatório Central.

A necessidade de elaborar um plano de ação que permitisse cumprir uma meta temporal limitada mas que tivesse um impacto significativo levou a equipa reunida a optar por um plano centrado na segurança e na revisão do circuito do doente no BOC, dentro das linhas passíveis de melhoria identificadas pela auditoria realizada com base no modelo da EFQM.

Definimos uma equipa que teria como função rever o processo e comunicar com as diferentes áreas as conclusões e os contributos necessários para a sua minimização. Foram envolvidos elementos de diferentes profissões para permitir o envolvimento das pessoas da sua área de responsabilidade.

Em anexo temos o projecto do plano de acção (Anexo X). Os indicadores implícitos neste plano de acção foram a taxa de cancelamentos (Equação N.º 1) e a taxa de utilização das salas do BOC (Equação N.º 2).

$$\text{Taxa de Cancelamentos} = \frac{\text{Número de Cancelamentos}}{\text{Número de doentes programados operados}} \quad (1)$$

$$\text{Taxa utilização das salas} = \frac{\text{Tempo de salas utilizado}}{\text{Tempo de salas disponível}} \quad (2)$$

A taxa de utilização e a taxa de cancelamentos são indicadores clássicos da actividade dos blocos. São referidos como sendo indicadores de processo que medem a eficiência do Bloco Operatório (Pollard e Olson, 1999; Blake *et al*, 2001; Dexter *et al*, 2002,2003, 2004; Mainz, 2003; McIntosh *et al*, 2006). A taxa de cancelamentos é considerado também um indicador de qualidade, os hospitais acompanham e reportam este valor para a tutela regulamente (Agencia de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, 1998).

Os dois indicadores utilizados foram escolhidos também pela sua universalidade, o que permite a sua comparação com outras unidades, se necessário, para outros trabalhos.

Os dados para o acompanhamento destes indicadores foram coligidos a partir do sistema em rede criado para a monitorização da actividade das salas do BOC. Foi necessário proceder a uma alteração do cálculo da taxa de utilização das salas que era feito por dia e por sala e passou a ser feito também por mês e para todo o BOC.

No projecto foram envolvidos o Director e o Enfermeiro-Chefe do BOC, o Coordenador do CABE, a Directora do Departamento de Cirurgia, o Investigador na qualidade de Adjunto para a Gestão do Departamento de Cirurgia, a Adjunta para a Gestão do BOC e o elemento de ligação do projecto ao CA.

Ficaram acordadas reuniões formais mensais com a possibilidade de reuniões parcelares informais.

3.1.3 - Fase de acção: Implementação do Plano de Acção

O plano consistiu na revisão do percurso do doente no bloco com a finalidade de identificar as situações que originam constrangimentos na actividade.

A primeira fase tratou de divulgar o plano e da sua intenção junto dos colaboradores e decorreu na primeira semana de Novembro de 2007. Para tal foi feita sua divulgação na intranet e verbalmente pelos responsáveis envolvidos em relação aos seus serviços.

Sob o ponto de vista das pessoas o que se pedia era que reportassem junto do enfermeiro-chefe do BOC as situações que mais contribuía para limitar a eficiência do circuito do doente. Os dados recolhidos pelos enfermeiros de anestesia no *transfer* e pelo enfermeiro de sala eram reportados ao Enfermeiro-Chefe. Este mantinha um registo das ocorrências para que fossem analisadas pelo grupo de trabalho.

O grupo reuniu na primeira semana de cada mês para analisar os dados recolhidos. Desta análise saiu a necessidade de intervir junto dos diferentes profissionais no sentido de prevenir os incidentes recolhidos.

As situações relatadas ao Enfermeiro-Chefe em relação aos incidentes no BOC foram as seguintes:

- Atrasos na chegada do doente ao BOC: depois de ser pedido que o próximo doente fosse enviado ao bloco para ser intervencionado havia situações de demora que obrigavam a que a equipa esperasse pelo doente mais do que o desejável;
- Falha em retirar as próteses dentárias ao doente antes de o trazer para o BOC: uma medida de segurança, para o utente e para os seus bens, é que as próteses dentárias e os adornos sejam retirados no serviço. É um procedimento cuja verificação é feita no *transfer* para impedir que um doente com prótese chegue ao anestesista. Se o doente tiver próteses dentárias estas têm que ser retiradas no Bloco. O atraso não é significativo mas representa uma falha no cumprimento de uma medida de segurança;
- Falha no cumprimento do jejum antes da intervenção: Em regra os doentes não podem comer ou beber antes da intervenção. Quer pela natureza da intervenção, quer pela natureza da anestesia é sempre mais seguro que sejam intervencionados em jejum. Em certas intervenções e em certos tipos de anestesia o risco é mínimo. No entanto, se o doente, por qualquer motivo não respeitou o jejum, há que ponderar o risco associado e definir se vale a pena intervencionar ou adiar a intervenção.

- Falta de MCDT necessários: Por vezes ocorre que não são pedidas todas as análises consideradas necessárias pelo anestesista, ou que o mesmo considera útil para a avaliação do risco anestésico que seja realizada determinada análise. Quando tal acontece o doente fica na UCPA até que o resultado da análise fique disponível. Pode acontecer que seja chamado outro doente escalado para intervenção nessa sala, invertendo a ordem programada, ou que se aguarde simplesmente pelo resultado da análise com a actividade suspensa.

As situações que mais frequentemente geram cancelamentos são as que estão na tabela N.º 9. Esta tabela resulta dos dados recolhidos pelas próprias equipas cirúrgicas que identificam a causa do cancelamento e a comunicam à administrativa.

Tabela N.º 9 – Causas de cancelamentos de cirurgias no BOC Novembro de 2007 a Janeiro de 2008.

Projecto	Nov-07	Dez-07	Jan-08	Total
Falta de tempo operatório	8	5	5	18
Risco Anestésico	2	4	1	7
Doente não preparado	1	2	1	4
Falta/ recusa do doente	1	3	0	4
Outro	1	1	2	4
Sala indisponível	0	1	0	1
Total	13	16	9	38
Total Programadas	373	274	374	1021
Taxa de cancelamentos	3,49%	5,84%	2,41%	3,72%

Fonte: Dados do Bloco Operatório Central.

A indicação do motivo “Outro” distribui-se da forma ilustrada pela tabela N.º 10.

Mantêm-se os motivos clínicos como principal causa. Os dois casos sem justificação têm registos que não permitem identificar a causa “Adiado para 30-01-2008” e “Decisão médica”.

Em relação à dificuldade em fazer chegar os doentes atempadamente até ao BOC constatamos que o problema é estrutural. Não há um elevador específico para essa tarefa e o que existe divide-se por outras tarefas (transporte de doentes a realizar MCDT, transporte de doentes da urgência para as enfermarias, transporte de cadáveres, etc.) pelo que a resolução deste problema fica fora do âmbito da capacidade do grupo de trabalho.

Tabela N.º 10 – Distribuição do motivo de cancelamentos “Outro” em Novembro de 2007 a Janeiro de 2008.

Motivo	Número de Cancelamentos
Relacionado com a situação clínica do doente.	2
Não justificado	2
Total	4

Fonte: Dados do Bloco Operatório Central.

A falha em retirar as próteses dentárias aos doentes antes do transporte do serviço para o BOC não representa um atraso significativo, antes um risco para o utente. Foi feita o alerta da necessidade de melhorar este ponto do controlo à saída do serviço. Mas dada a sua pouca frequência, de acordo com o Enfermeiro-chefe do BOC, não havia da parte do grupo a percepção da necessidade de outras medidas.

A falha de cumprimento de jejum era outro motivo pouco frequente de cancelamentos, embora, segundo o enfermeiro-chefe do BOC, mais frequente que a falha anterior. Foi, ainda assim, identificado como um motivo de preocupação por ser facilmente evitável. Foi pedido aos enfermeiros-chefes das especialidades cirúrgicas uma revisão dos procedimentos internos nas enfermarias no sentido de melhorar o desempenho nesta área.

Os MCDT's são pedidos e realizados para a tomada de decisão de intervir. Todos os doentes programados são consultados pelo anestesista que avalia se o doente tem ou não condição para suportar a anestesia e qual o tipo de anestesia que deve ser utilizado atendendo à situação clínica. Pode ser necessária a intervenção de outras especialidades como a Cardiologia ou Pneumologia antes de uma decisão ser tomada. Regra geral, um doente é agendado para intervenção depois de todos estes passos estarem cumpridos. Ocorre por vezes que o tempo que medeia entre a consulta de anestesia e a realização da intervenção é tão alargado que é necessário repetir os MCDT. Neste caso o doente já tem indicação do cirurgião e do anestesista para ser intervencionado mas é necessário confirmar que a decisão continua válida através da repetição de alguns MCDT. Para a redução da frequência destes incidentes que geram atrasos, o motivo mais frequente, houve que pedir a intervenção do Coordenador do CABE no sentido de alertar os anestesistas para indicar quais as análises que deveriam estar actuais na data da intervenção. Por outro lado, pedimos aos cirurgiões uma revisão dos MCDT fosse adoptada como procedimento de rotina na

admissão ao internamento dos utentes a serem intervencionados. Ainda junto dos Enfermeiros pedimos um acompanhamento da actividade dos cirurgiões no sentido de confirmarem a existência de MCDT actuais após a admissão do doente na enfermaria.

3.1.4 – Fase de reflexão: Avaliação dos Resultados do Plano de Acção Número 1.

A implementação do plano de acção inicial teve por base um conjunto limitado de áreas a melhorar que resultaram do diagnóstico feito pela metodologia Pro-forma da EFQM.

Por ser um primeiro plano, foi desenhado para poder decorrer num período de tempo mais reduzido e de forma a conseguir uma primeira história de sucesso a divulgar amplamente para suportar a implementação de outro plano mais ambicioso.

O primeiro plano centrou-se nos incidentes que originavam atrasos e cancelamentos. Das situações que causavam estes incidentes resultou um conjunto de actividades assentes na adopção de novas práticas, como medidas preventivas e dupla verificação antes de os incidentes chegarem ao BOC.

Os resultados obtidos foram disponibilizados na primeira semana de cada mês, anexos XII, XIII e XIV.

Os resultados finais são os que se reúnem na tabela n.º 11. Verificou-se uma melhoria na taxa de cancelamentos que passou dos 6,1% médios iniciais para os 3,91% médios nos três meses.

A taxa de utilização das salas passou dos 80,3% de média para os 85,33% de média nos três meses.

Tabela N.º 11 – Resumo dos resultados medidos nos meses de implementação do primeiro plano de acção.

Primeiro Plano	Nov-07	Dez-07	Jan-08	Média
Taxa de cancelamentos	3,49%	5,84%	2,41%	3,91%
Taxa de Ocupação das salas	87,78%	78,31%	89,91%	85,33%

Fonte: Dados do Bloco Operatório Central.

Há a registar uma melhoria significativa dos resultados obtidos em relação ao cenário inicial. A taxa de cancelamentos, o acontecimento mais crítico para um BOC, caiu das 6,1% iniciais para os 3,91% em valores médios. Este número representa um total de 24 doentes que não viram a sua cirurgia cancelada.

O aumento na taxa de utilização das salas significa que as salas foram utilizadas para operar mais tempo e mais doentes.

Estes resultados ficaram a dever-se à maior atenção colocada nos processos por parte dos Enfermeiros quando preparavam os doentes e os levavam ao BOC, dos cirurgiões quando os preparavam para serem operados (principalmente em termos de MCDT), aos anestesistas quando avaliavam um doente antes de o darem como apto a agendar.

Não é de descartar que em parte os resultados tenham sido obtidos pelo facto de todos os actores terem conhecimento que existia uma avaliação em curso.

3.2 – Segundo Ciclo de Melhoria

O segundo ciclo de melhoria resultou do mesmo diagnóstico inicial que o primeiro. Desta feita sem o constrangimento da necessidade de implementar num período limitado um projecto de muito curto prazo.

3.2.1 – Fase de Planificação: Elaboração do Plano de Acção em Função da Reflexão Anterior

Após a implementação do primeiro plano de melhoria não foi realizada nova avaliação da pontuação pelo modelo EFQM. De facto, tal poderia ser até contraproducente: uma análise em tão curto prazo traria muito provavelmente uma pontuação muito próxima da inicial. Também a repetição de todo o processo de recolha de dados poderia acarretar resistência por parte dos envolvidos. A EFQM recomenda que o ciclo de auto-avaliação deve ser integrado nos procedimentos cíclicos de preparação dos planos de acção e da revisão da estratégia (EFQM, 2003d), no contexto do BOC tal quer dizer que a avaliação deve ser anual.

Por outro lado, a pontuação não é o mais importante a emergir da auto-avaliação, algumas organizações omitem inclusive esta dimensão. O mais relevante na auto-avaliação é identificar áreas em que vale a pena investir para melhorar o desempenho da organização (EFQM, 2003d). Depois do primeiro plano desenvolvido e com um sucesso manifestado, havia que garantir a continuidade num novo plano, mais ambicioso que o primeiro.

Pedimos aos elementos do grupo de trabalho que implementou o primeiro plano de acção que analisasse os elementos identificados na auditoria EFQM sob a óptica da matriz de decisão, conforme preconizado pela EFQM (2003d).

Este processo demonstrou ser mais moroso que o antecipado. A discussão do significado de cada elemento identificado como área de melhoria prolongou a discussão para além do antecipado e obrigou ao prolongamento da reunião. Talvez por este motivo a segunda votação foi muito semelhante à primeira.

O anexo XV descreve os passos das votações que resultaram na lista de acções consideradas prioritárias e a listagem final de 15 elementos serviu para a elaboração do plano de acção.

4 – Discussão, Conclusões e Recomendações

Apesar do evidente interesse que a qualidade na saúde tem despertado na Europa e em Portugal, há a necessidade de desenvolver mais estudos sobre a implementação e o impacto nas pessoas que utilizam as instituições de saúde e as pessoas que nelas trabalham.

Além de haver várias experiências implementadas na Europa não há ainda uma conclusão sobre o impacto das mesmas na qualidade e na sustentabilidade. Estudos comparativos em instituições com vários anos de desenvolvimento de políticas de gestão da qualidade, poderiam ser conclusivos em relação à validade das abordagens desenvolvidas (OMS, 2003).

Em Portugal o modelo de referência europeu está implementado em empresas multinacionais e surge pela primeira vez numa instituição de saúde por via deste trabalho. Sendo este documento a descrição dos primeiros passos de um projecto que é necessariamente plurianual podemos, ainda assim, retirar algumas conclusões sobre esta experiência.

Este estudo vai ao encontro das conclusões de François *et al* (2003). Estes autores referem que a implementação de metodologias de melhoria contínua parece ser uma alternativa válida como estratégia de melhoria da qualidade na saúde. A aceitação que o modelo teve por parte dos profissionais é também coerente com os achados de Moeller (2001) que refere que o modelo EFQM é suficientemente genérico para lidar com a problemática da qualidade na saúde, e que não interfere com o domínio das profissões na sua autonomia ou excelência clínica.

Neste trabalho desenvolvemos os primeiros passos da implementação do modelo EFQM num BOC. Para a sua efectivação houve que sondar os profissionais e os decisores para medir a sua sensibilidade em relação à auditoria pelo modelo. Houve ainda que garantir a competência de auditoria pelo modelo que conferisse validade às conclusões da mesma através da obtenção da certificação de Auditor de Excelência Europeu pela EFQM (Bruxelas) em Novembro de 2006. Foi necessário adaptar a terminologia do modelo para a realidade da saúde no instrumento de colheita de dados. Apresentar a todos os envolvidos o modelo da EFQM e os objectivos da sua implementação. Realizar as entrevistas para a elaboração da auditoria e o respectivo relatório. O primeiro plano de acção, elaborado

com os profissionais e necessariamente por eles implementado, resultou encorajador para o segundo plano.

Para a unidade em estudo, o BOC, estamos perante uma situação de sistema imperfeitamente conectado, conforme referido por Orton e Weick (1990), a identidade do Bloco é facilitada pela existência de um corpo de profissionais que exerce a sua actividade quase exclusivamente na unidade. Esta, está fisicamente separada da restante instituição e tem objectivos específicos, que embora estejam relacionados com os dos restantes serviços da instituição, são diferentes dos demais.

A integração é realizada com base na hierarquia o que não evita o efeito de balcanização descrito por Mintzberg e Cremadez, conforme referido na primeira parte deste trabalho.

O BOC funciona, como refere Martins (in Fragata e Martins, 2004), com problemas de conexão: Os incidentes que se verificavam no BOC não chegavam às chefias de enfermagem dos pisos o que limitava a capacidade de prevenir a sua repetição, sob o ponto de vista da prática de enfermagem. Outra manifestação é a falta de conexão entre os profissionais de anestesia e de cirurgia no que toca à necessidade de uniformizar a validade dos MCDT. Em ambos os casos resultava em risco de cancelamento de intervenções e o compromisso no cumprimento das metas de todo o hospital.

Tal como referem Orton e Weick (1990) conseguimos melhorar as limitações dos sistemas imperfeitamente conectados através de uma focalização em objectivos bem definidos e assentes em valores comuns: a promoção de um ambiente mais seguro, a qualidade a transferir ao doente através da redução de cancelamentos e, como consequência, a optimização da taxa de utilização do BOC.

Da elevada autonomia dos colaboradores nas burocracias profissionais retiramos que é impossível conseguir melhorias de desempenho sem envolver os profissionais e os conseguir comprometer com objectivos claros para os seus centros operacionais.

A mudança que se operou foi do tipo continua (Weick e Quinn, 1999), de primeira ordem (Porras e Robertson, 1992) ou de harmonia e continuidade (Allaire e Firsirotu, 1985). Os elementos centrais do BOC, e a sua realidade no relacionamento com os serviços foram objecto de alterações sem que existisse um ponto de ruptura. Houve, como referem Weick e Quinn (1999) uma evolução cumulativa com uma valorização da comunicação com os serviços das especialidades cirúrgicas que se deslocam ao BOC.

Optámos por envolver uma equipa limitada para nos aproximarmos de uma equipa de círculo da qualidade total, conforme apontado por Bernilon e Cerutti (1990).

Relativamente à primeira questão de investigação, resultou que para o primeiro plano foram mais valorizados os critérios de:

- Política e Estratégia (2,a,1 no “Relatório de Auditoria EFQM”) em relação à revisão e desenvolvimento das políticas;
- Recursos e Parcerias (4,c,2 e 4,c,3 “Relatório de Auditoria EFQM”) em relação aos procedimentos na recepção dos materiais e à manutenção dos equipamentos, (4,c,3 no “Relatório de Auditoria EFQM”) em relação à gestão da informação;
- Processos (5,a,1 no “Relatório de Auditoria EFQM”) relativamente à gestão e revisão dos processos no contexto do percurso do doente no BOC.

Relativamente ao desempenho do BOC com a implementação deste projecto, guiado por um diagnóstico assente na matriz da EFQM, contribuímos para a melhoria da qualidade. De acordo com os critérios apresentados na primeira parte deste trabalho:

- A eficácia aumentou porque se conseguiu operar mais doentes pela redução de incidentes de cancelamento;
- A eficiência melhorou porque se aumentou a taxa de utilização dos recursos sem aumento de custos;
- Melhorámos a aceitação porque a redução de cancelamentos significou que mais doentes foram operados, conforme a sua expectativa;
- Aproximámo-nos da optimização porque houve um acréscimo de ganhos de saúde com os mesmos recursos.

A implementação de um plano de melhoria baseado no modelo EFQM parece ter influenciado positivamente os resultados da unidade, quer em termos de doentes cancelados, quer no que respeita à utilização dos tempos operatórios. Este resultado foi conseguido com um acréscimo no número médio de doentes programados intervencionados.

Os resultados conseguidos sugerem que a implementação de um programa de melhoria baseado numa metodologia de auto-avaliação pelo modelo EFQM pode contribuir para o melhor desempenho de um BOC.

Da mesma forma, os resultados parecem sugerir ganhos de eficiência já que não houve acréscimos de custos associados a investimentos ou a outros custos. Verificou-se o aumento da produtividade pela via de uma alteração de procedimentos.

A centralidade colocada pelos profissionais na segurança, depois de evidenciada como área a melhorar, leva-nos a acreditar que a metodologia de auto-avaliação pelo modelo da EFQM pode contribuir em ganhos de segurança para o utente e para os colaboradores.

Alguns aspectos que podem ter influenciado este estudo devem também ser referidos.

O facto de o investigador ser, no início deste estudo principalmente, a única pessoa a dominar o modelo EFQM, apesar das apresentações realizadas com os colaboradores e do material disponibilizado, pode ter acarretado uma limitação na compreensão que as pessoas tiveram do projecto e da sua adesão com uma atitude mais positiva. Para fazer face a esta limitação investimos em colocar mais ênfase nas 'áreas a melhorar' em detrimento da pontuação ou do significado da pontuação no âmbito do modelo, conforme preconizado pela EFQM (2003c).

O facto de as pessoas serem envolvidas e sentirem que o resultado do seu desempenho estava a ser alvo de avaliação pode ter acarretado uma melhoria dos resultados não imputável ao plano desenvolvido. Este efeito é desejável e é uma das mais-valias que resultam de empenhar as pessoas no cumprimento de metas conhecidas e acompanhadas.

A recente legislação relativa à avaliação do desempenho, com impacto na progressão salarial, pode também ter influenciado positivamente o desempenho das pessoas.

Dado que a tradução do guião das entrevistas foi feita por nós, e que houve que adaptar a linguagem empresarial para a realidade hospitalar, estamos perante uma limitação do instrumento que serviu para orientar as entrevistas. Consideramos que esta limitação é pouco significativa porque dominamos tanto a linguagem da gestão como a da saúde fruto da formação e do trajecto profissional. Apesar de não sermos tradutores temos formação diferenciada na língua inglesa e facilidade no domínio da mesma, por outro lado, este domínio é um pré-requisito para ser reconhecido como auditor pelo modelo de excelência europeu.

Dadas as suas responsabilidades houve dificuldade em conseguir reunir com os entrevistados. As entrevistas tiveram que ser segmentadas em sessões diferentes o que resultou na necessidade de fazer um ponto da situação em relação à sessão de entrevista anterior o que resultou numa maior fiabilidade dos dados colhidos já que em alguns casos houve rectificações pontuais ou aprofundamento de questões ricas em pormenores. Resultou também num esforço acrescido em conseguir conciliar agendas para recolher a informação necessária.

Finalmente, no que concerne às limitações deste trabalho, o plano implementado foi condicionado pelo tempo disponível para a elaboração do mesmo e pela pouca experiência do investigador no desenvolvimento de trabalhos de auditoria.

Para o futuro há o projecto de manter o percurso marcado no segundo plano de melhoria e manter os ciclos de melhoria integrando a auto-avaliação como parte do processo de construção do plano anual do BOC. Os instrumentos de acompanhamento construídos estão já integrados no controlo de gestão do hospital sendo por isso parte da avaliação para as pessoas da unidade.

Importa referir que este trabalho está fundamentado num plano aplicado por um período de tempo reduzido, que este tipo de investigação é fundamentalmente qualitativo e, como tal, não será correcto inferir que se obterão os mesmos resultados noutra contexto.

Pensamos ser útil ponderar a disseminação do modelo de gestão da qualidade europeu por mais instituições de saúde, à semelhança do que se tem vindo a realizar pela Europa. Poderia ser igualmente útil formalizar um núcleo de investigação associado às experiências de melhoria da qualidade na saúde. Para estudos futuros pensamos que a implementação da metodologia de gestão da qualidade pelo modelo europeu poderia ser desenvolvida nas Unidades de Saúde Familiares por serem equivalentes a pequenas unidades de negócio na área da saúde. Seria igualmente útil o desenvolvimento de estudos comparativos com outras metodologias de gestão da qualidade, como é sugerido pela OMS (2003), no contexto das diferentes experiências já desenvolvidas em Portugal.

Bibliografia

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1998), Sistema de Indicadores: Análise e acompanhamento dos orçamentos-programa dos centros de saúde e hospitais.

Allaire, Y. e M. Firsirotu (1984), Theories of Organizational Culture, *Journal of Organizational Studies*, 5 (3), 193-226.

Allaire, Y. e M. Firsirotu (1985), How to implement Radical Strategies In Large Organizations, *Sloan Management Review*, 26 (3), 19-34.

ALMEIDA, J. (2001), Em Defesa da Investigação-Acção, *Sociologia*, 37, 175-176.

Andreasen, A. e P. Kotler (1991), *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*, Prentice-Hall.

Argyris, C., R. Putman, D. Smith (1985), *Action Science*, São Francisco, Jossey Bass.

Bernillon, A. e O. Cérutti (1990), *A Qualidade Total*, Lidel.

Blake, J., F. Dexter, J. Donald, (2002), Operating Room Manager's Use of Integer Programming for Assigning Block Time to Surgical Groups: A Case Study, *Anesthesia & Analgesia* 94 (1), 143-148.

Cameron, K. e R. Quinn (1999), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Addison-Wesley.

Cardoso, L. (1997), *Gestão Estratégica das Organizações, ao encontro do 3º milénio*, Edições Verbo.

Cartier, R. (1983), *A Segunda Guerra Mundial*, Larousse.

Chiavenato, I. (1995), *Introdução À Teoria Geral da Administração*, Makron Books.

Cohen, L. e L. Manion (1994), *Research Methods in Education*, London, Routledge.

Cortesão, L. (1998), Da Necessidade de Vigilância Crítica à Importância da Prática da Investigação-Acção, *Revista de Educação*, VII (1), 27-33.

Count, M. e S. Meurer (2001), Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations; *International Journal for Quality in Health*, 13(3), 197-207.

Coutinho, C. (2005), Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000), Braga, Universidade do Minho.

Cremadez, M. (1992), *Le management stratégique hospitalier*, Masson.

Deming, W.E. (1986), *Out of the crises*, Cambridge, MIT.

Denscombe, M. (1999), *The Good Research Guide For Small-Scale Social Research Projects*, Open University Press.

- Dexter, F., A. Macario (2002) Changing Allocations of Operating Room Time From a System Based on Historical Utilization to One Where the Aim is to Schedule as Many Surgical Cases as Possible, *Anesthesia & Analgesia*, 94 (5), 1272-1279.
- Dexter, F., R. Epstein, R. Traub (2004) Making Management Decisions on the day of Surgery Based on Operating Room Efficiency and Patient Waiting Times, *Anesthesiology*, 101 (6), 1444-1453.
- Donahue, K. e P. Ostenberg (2000), Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation, *International Journal for Quality in Health*, 12 (3), 243-246.
- Donabedian, A. (1984), *La calidad de la atención médica*, México, La prensa Mexicana.
- Ebbutt, D. (1985), Educational Action Research: some general concerns and specific quibbles, em Burgess, R. (Ed.); *Issues in Educational Research: qualitative methods*, Lewes, Falmer.
- Elliot, J. (1991), *Action Research for Educational Change*. Open University Press.
- European Foundation for Quality Management (2003a), *Introdução à Excelência*, EFQM Publications.
- European Foundation for Quality Management (2003b), *Os Conceitos Fundamentais da Excelência*, EFQM Publications.
- European Foundation for Quality Management (2003c), *Assessing for Excellence, A practical guide for successfully developing, executing and reviewing a Self-Assessment strategy for your organization*, EFQM Publications.
- European Foundation for Quality Management (2003d), *Excellence One Toolbook for Self-Assessment*, EFQM Publications.
- European Foundation for Quality Management (2006), *European Assessor Training Modules, assessed version*, EFQM Publications.
- Ferreira, J., J. Neves, N. Paulo e A. Caetano (1999), *Psicossociologia das Organizações*, Mc Graw Hill.
- Fragata, J. e L. Martins (2004), *O Erro em Medicina*, Almedina.
- François, P., JC. Peyrin, M. Touboul, J. Labarère, T. Reverdy, D. Vinck, (2003), Evaluating implementation of Quality Management Systems in a Teaching Hospital's Clinical Departments, *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (1), 47-55.
- Ganhão, F. e A. Pereira (1992), *A Gestão da Qualidade*, Biblioteca de Gestão Moderna.
- Gené-Badia, J., G. Jodar-Solà, E. Peguero-Rodríguez, J. Contel-Segura, C. Moliner-Molins (2001), The EFQM Excellence Model is Useful for Primary Health Care Teams, *Family Practice*, 18 (4), 407-409.
- Juran, J. (1995), *A History of Managing for Quality: The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality*, Milwaukee, ASQC Quality Press.
- Kemmis, S. e R. McTaggart (1988), *Como Planificar la Investigación Acción*, Barcelona, Laertes.
- Kuhne, G. e B. Quigley (1997), Understanding and Using Action Research in Practice Settings, em B. Allan Quigley & Gary W. Kuhne (Ed.); *Creating Practical Knowledge*

Trough Action Research: Posing Problems, Solving Problems, and Improving Daily Practice, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 23-40.

Latorre, A. (2003), *La Investigación-Acción*, Barcelo, Graó.

Mainz, J. (2003), Defining and classifying clinical indicators for quality improvement, *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523-530.

McIntosh, C., F. Dexter, R. Epstein (2006), The Impact of Service-Specific Staffing, Case Schedling, Turnovers, and FIrst-Case Starts on Anesthesia Group and Operating Room Productivity: A Tutorial Using Data from an Australian Hospital, *Anesthesia & Analgesia*, 103 (6), 1499-1516.

Mezomo, J. (2001), *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*, 1ª Edição, Editora Manole.

Mintzberg, H. (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Publicações Dom Quixote.

Moeller, J. (2001), The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM Approach in Health Care, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 45-49.

Nabitz, U., N. Klazinga, J. Walburg (2000), The EFQM Excellence Model: European and Dutch Experiences With the EFQM Approach in Health Care, *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (3), 191-201.

Nascimento, G. (2003), *A Gestão da Qualidade Total e o Modelo da E.F.Q.M. na Gestão Estratégica das Pessoas*, Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, ISCTE.

Øvretveit, J. (2003), *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?*, WHO Regional Office for Europe.

Parasuraman, A. (1992), *Marketing Research*, Addison-Wesley.

Pereira, J. (1992), *Economia da Saúde, Glossário de Termos e Conceitos*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.

Pollard, J. e L. Olson (1999), Early Outpatient Preoperative Anesthesia Assessment: Does it Help to Reduce Operating Room Cancellations?, *Anesthesia & Analgesia*, 89 (2), 302-505.

Porras, J. (1987), *Stream Analysis*, Addison Wesley Organizational Development.

Porras, J. e I. Robertson (1992), Organizational development: theory, practice, and research, em Dunnette, M., e L. Hough (Ed.); *Handbook of Industrial and organizational Psychology*, Consulting Psychologists Press: Palo Alto, 719-822.

Ransom, S., M. Joshi, D. Nash (2004), *The Healthcare Quality Book, Vision, strategy and Tools*, Alpha Health Administration Press.

Rego, A. (2000), Na Senda de Melhores Desempenhos – uma perspectiva de justiça, *Recursos Humanos Magazine*, 8, 11-15.

Robbins, S. (1994), *Organizational Behavior*, Nova Iorque, Prentice-Hall.

Rooney, L., P. Ostenberg (1999), *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*, Center For Human Services.

Santos, E., C. Morais, J. Paiva (2004), Formação de Professores para a Integração das TIC no Ensino da Matemática – Um Estudo na Região Autónoma da Madeira, Apresentado no 6º Simpósio Internacional de Informática Educativa, Cáceres.

Shaw, C. (2000), External quality mechanisms for health care: summary of the ExPerRT Project on Visitation, Accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries, *International Journal for Quality in Health*, 12 (3), 169-175.

Stacey, R. (1998), *Pensamento Estratégico e Gestão da Mudança*, Publicações Dom Quixote.

Trilla, J. (1998), *La educación fuera de la Escuela. Ámbitos no formales educación social*, Barcelona, Editorial Ariel.

Wagner, C., D. Bakker, P. Groenwegen (1999), A measuring instrument for evaluation of quality systems, *International Journal for Quality in Health*, 11 (2), 119-130.

Williamson, S., R. Stevens, D. Loudon e R. Migliore (1997), *Fundamentals of Strategic Planning for Healthcare Organizations*, The Haworth Press.

Zuber-Skerrit, O. (1992), *Action Research in Higher Education: examples and reflections*, London, Kogan Page.

Entrevista a Peter Griffith em <http://WWW.iqs.pt/pdf/20-23.pdf>, último acesso em 31-03-2008.

Sítio oficial da Joint Commission International WWW.jointcommission.org

Sítio oficial da EFQM em WWW.efqm.org

Sítio oficial da ISO em WWW.iso.org

Sítio oficial da Organização Mundial de Saúde em www.WHO.org

Sítio oficial do King's Fund em WWW.kingsfund.org.uk/about/

Anexos