

**GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NUMA INSTITUIÇÃO DE  
SAÚDE DO 3º SECTOR - UM ESTUDO DE CASO**

Débora Esteves Barroso

**Projecto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde**

Projecto de Tese Submetido como requisito parcial para a Obtenção do Grau de  
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador(a):

Mestre Generosa do Nascimento, Assistente, ISCTE, Departamento de Recursos  
Humanos e Comportamento Organizacional

Abril 2011



**GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DO 3º  
SECTOR - UM ESTUDO DE CASO**

Projecto de Tese Submetido como requisito parcial para a Obtenção do Grau de  
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Abril 2011



## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Generosa do Nascimento, pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos. Muito Obrigado pela dedicação, ajuda e incentivo ao longo destes meses e por me ter feito acreditar que a realização deste projecto seria possível.

Às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus pela oportunidade de realização do estudo e pela aprendizagem proporcionada.

À Irmã Noémia Bastos pelo exemplo, apoio, ensinamentos e disponibilidade prestada.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela força e apoio incondicional em todos os momentos.

Um agradecimento especial ao André, nunca irei esquecer o apoio num dos momentos mais importantes da minha vida.

Por fim agradeço às pessoas que estão no início de tudo, os meus pais, pelo exemplo, dedicação, apoio e amor diário e ainda ao meu irmão por dar alegria à minha vida.

Para finalizar agradeço a todos os que contribuíram directa ou indirectamente, para este trabalho e que não foram contemplados anteriormente. Obrigado a todos.



## **Resumo**

A implementação, monitorização e melhoria da qualidade são cada vez mais uma prioridade das organizações, de entre as quais se podem destacar as de saúde. Procuram garantir uma prestação de cuidados de forma efectiva e eficiente, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes procurando sempre a melhoria contínua. Não existe prestação de cuidados de saúde de excelência sem qualidade.

Neste projecto, através da metodologia de estudo de caso, procurou-se identificar os factores críticos na fase de concepção e organização do processo de certificação e acreditação dos modelos de gestão da qualidade ISO 9001:2008 e EQUASS numa instituição de saúde do terceiro sector. Elaborou-se ainda um plano de acção de modo a ultrapassar as limitações organizacionais identificadas.

Concluiu-se que os principais factores críticos identificados na fase da concepção e organização do processo de certificação e acreditação da qualidade na organização em estudo foram *gaps* de competências de liderança, planificação e organização dos serviços, resistência à mudança, erros de comunicação, escassos e fracos recursos Humanos e pouca evidência das actividades desenvolvidas e dos cuidados prestados. Relativamente ao plano de acção, este privilegiou o envolvimento dos clientes e partes interessadas por serem os aspectos com maior necessidade de melhoria.

A realização deste estudo de caso pretende ser uma mais-valia evidente para os clientes, profissionais e própria organização em estudo.

**Palavras-Chave:** Gestão da qualidade; Factores críticos da implementação do sistema de qualidade total; Organizações de Saúde; Acreditação.



## **Abstract**

The implementation, monitoring and improving quality are a priority for organizations, among which we can highlight the health ones. They must ensure an effective and efficient provision of health care, meeting the needs and expectations of patients always looking for continuous improvement. There isn't health care excellence without quality.

In this project, through the methodology of case study, we sought to identify critical factors during the design and organization of the certification and accreditation of ISO 9001:2008 and EQUASS models of quality management on a healthcare institution of the third sector. It was also prepared an action plan in order to overcome the identified organizational limitations.

It was concluded that the main critical factors identified during the design and organization of the certification process and quality accreditation at the studied organization were gaps in leadership skills, planning and organization of services, resistance to change, communication errors, human resources and lack of records. Regarding the action plan, it was focused on the involvement of clients and stakeholders because they are the aspects most in need of improvement.

This case study intends to be a clear added value for clients, professionals and own studied organization.

**Keywords:** Quality management; Critical factors of total quality system implementation; Healthcare Organizations; Accreditation.



## **Siglas e Abreviaturas**

ACS – Administração Regional de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BSc – *Balanced Scorecard*

CPNSF – Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

DGERT – Direcção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho

EFQM – Modelo de Excelencia European Foundation for Quality Management

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EQUASS – European Quality in Social Services

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis Analysis

FMECA – Failure Mode and Effect Analysis Critical Analysis

HACCP – Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos

HAQU – Healthcare Accreditation of Healthcare

HRO – High Reliability Organizations

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISO – International Organization for Standardization

ISQUA – International Society for Quality in Health Care

JCI – Joint Commission on Accreditation of Healthcare

LBS – Lei de Bases da Saúde

LVT – Lisboa e vale do Tejo

MS – Ministério da Saúde

NOC – Normas de Orientação Clínica

OMS – Organizações Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

QeS – Qualidade em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TQM – Total Quality Management

WHO – World Health Organization



## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Quadro Teórico.....	3
1.1 Organizações de Saúde .....	3
1.1.2 Cultura Organizacional.....	5
1.1.3 Particularidades das Organizações de Saúde do 3º Sector .....	7
1.2 Gestão da Qualidade.....	10
1.2.1 Gestão da Qualidade Total .....	11
1.2.2 Gestão da Qualidade Total em Saúde.....	14
1.2.3 Modelos de Certificação e Acreditação da Qualidade Total .....	16
1.3 Modelos de Concepção e Implementação de Processos de Qualidade Total no CPNSF.....	24
1.4 Identificação dos Factores Críticos na Implementação do Processo de Certificação e Acreditação .....	27
Capítulo II – Diagnóstico .....	29
2.1. Metodologia e técnicas de Recolha e tratamento de Dados .....	29
2.2. Caracterização da Unidade de Estudo .....	30
2.3 Dimensões do contexto organizacional .....	32
2.3.1 Cultura Organizacional .....	32
2.3.2 Cultura de Equipa .....	33
2.3.3 Índice Potencial Motivador .....	34
2.3.4 Liderança .....	35
2.3.5 Implicação Organizacional .....	37
2.3.6 Gestão de Conflitos .....	37
2.3.7 A Teoria High Reliability Organizations .....	38
2.4 Identificação dos Processos-Chave e Factores Críticos .....	38
2.4 Auto e heteroavaliação do serviço .....	39
2.6 Análise Crítica .....	46
Capítulo III – Projecto de Intervenção .....	51
3.1. Plano de Acção .....	51
Capítulo IV – Conclusões.....	57

4.1. Conclusões.....	57
Referências Bibliográficas.....	61
Anexos.....	69
Anexo I – História da Qualidade .....	69
Anexo II – Versão 2010 do Modelo do EFQM .....	75
Anexo III – Fluxogramas.....	77
Anexo IV – Tabela Auto e Heteroavaliação.....	81
Anexo V – Projecto Centro Psicogeriátrico .....	85
Anexo VI – Procedimento .....	87
Anexo VII – Plano Individual de Intervenção.....	91
Anexo VIII – Carta de Autorização.....	93

## Índice de Figuras

Figura 1 - Critérios do modelo EFQM .....	22
Figura 2 – Modelo de Gestão Existente.....	33
Figura 3 – Modelo de Gestão Existente Desejada.....	33
Figura 4 – Diagnóstico da cultura da equipa de trabalho .....	34
Figura 5 – Índice Potencial Motivador .....	35
Figura 6 – Perspectiva Pessoal .....	35
Figura 7 – Perspectiva dos Outros.....	36
Figura 8 – Liderança Carismática.....	36
Figura 9 – Liderança Carismática – Chefia .....	36
Figura 10 - <i>Commitment</i> .....	37
Figura 11 – Gestão de Conflitos .....	37
Figura 12 – HRO .....	38
Figura 13 – Resultado da Auto-avaliação da organização em estudo .....	46
Figura 14 – Projecto Centro Psicogeriátrico.....	51
Figura 15 – Intervenção do Projecto.....	52
Figura 16 – Intervenção Projecto 2.....	54
Figura 17 – Intervenção do Projecto 3.....	55
Figura 18 – Intervenção do Projecto 3.....	55
Figura 19 – Intervenção do Projecto 4.....	56
Figura 20 – Revisão do Sistema do Projecto.....	56

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Diferenças nas características dos três sectores.....	9
Tabela 2 – FMEA do CPNSF .....	39



## **Introdução**

Uma organização de saúde deve centrar a sua gestão nos interesses do utente, promovendo o desenvolvimento de projectos que incentivem a criação de valor em saúde e a implementação de estratégias essenciais à adopção de novas práticas de cuidar humanizadas e individualizadas. São concebidas para satisfazer as necessidades dos utentes, actuando num mundo onde a prioridade é dada à competência e à qualidade.

A qualidade nas instituições de saúde deve ser assumida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida. Existe actualmente uma crescente preocupação com a qualidade dos cuidados prestados na medida em que a implementação, monitorização e melhoria da qualidade devem ser uma prioridade de uma organização de saúde face às actuais diversidades (Feldman, Gatto e Cunha, 2005). O Ministério da Saúde considera que a qualidade nestas organizações apresenta algumas características específicas que a diferenciam da qualidade organizacional noutros campos e actividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não responder à procura, oferecendo sempre mais (Pessoa, 2005).

No plano nacional já podemos encontrar inúmeras instituições preocupadas em integrar na sua estrutura um modelo de gestão da qualidade e a trabalhar para a obtenção de uma acreditação, que acaba por funcionar como um instrumento que comprova a qualidade dos serviços que presta. Ainda no plano nacional, a temática da qualidade é reconhecida ao nível governamental encontrando-se contemplada no plano nacional de saúde 2011/2016 – Estratégias para a Saúde, Volume III, sendo apresentadas orientações estratégicas e intervenções necessárias em inúmeros aspectos como a prestação dos cuidados de saúde, a organização dos próprios serviços de saúde e a melhoria de indicadores de desempenho. Deste modo é reforçado o objectivo das organizações de saúde assumirem a melhoria contínua da qualidade como cultura.

As mudanças no sector da saúde são dinâmicas e rápidas, tornando-se essencial assegurar que a qualidade nos serviços seja mantida, pelo menos, nos mesmos níveis em que se encontra e que não diminuam no futuro. É importante que os responsáveis por gerir as mudanças nas organizações de saúde estejam motivados em implementar meios para a monitorização da

qualidade a fim de impedir mudanças indesejáveis ou imprevistas na qualidade (Vidigal, 2010).

Este projecto tem como carácter inovador o estudo da gestão da qualidade numa instituição do terceiro sector. Existem poucos estudos nesta área revelando-se uma mais-valia para a organização em estudo, atendendo que a mesma visa a replicação deste processo noutras unidades. Desta forma, foi escolhido para o presente estudo o Centro Psicogeriatrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF) do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus que se encontra na fase de concepção e organização de um processo de certificação e acreditação da qualidade com base nos modelos ISO 9001:2008 e EQUASS.

A opção pela temática prende-se pelo interesse pessoal na área da gestão da qualidade nos sistemas de saúde e por se apresentar como uma área com grande potencial na saúde dada a sua importância estratégica no curto/médio prazo para as organizações do sector. É neste contexto que emerge a questão de partida: “Quais os factores críticos na concepção e organização num processo de certificação e acreditação da qualidade total numa instituição de saúde do terceiro sector?”.

O estudo de caso tem assim os seguintes objectivos: 1) identificar os factores críticos da fase de concepção e organização do processo de acreditação da qualidade total no Centro Psicogeriatrico Nossa Senhora de Fátima; 2) propor um plano de acção de forma a garantir a conformidade do projecto.

Face ao exposto, este projecto encontra-se dividido em quatro capítulos. No capítulo I apresenta-se a revisão da literatura subdividida por áreas temáticas, iniciando-se pelas particularidades das organizações de saúde, a cultura organizacional, a qualidade em saúde e os modelos de gestão da qualidade na saúde. O capítulo II refere-se à fase de diagnóstico do presente projecto, onde se descreve a fase da metodologia e técnicas de recolha e tratamento de dados, a caracterização da unidade de estudo, a análise organizacional, a auto e heteroavaliação e a análise crítica. O capítulo III diz respeito ao projecto de intervenção, no qual se explica a pertinência do mesmo e as acções de melhoria para a organização em estudo. Por fim, o capítulo IV apresenta as conclusões e limitações do projecto, bem como algumas recomendações, tendo em conta o diagnóstico realizado.

## Capítulo I – Quadro Teórico

*“Quality of care is the degree to which health services  
For individuals increase the likelihood of  
Desired health outcomes and are consistent with  
Current professional knowledge”  
IOM (2000)*

A qualidade nos serviços de saúde é cada vez mais uma preocupação das organizações desta área. No passado a qualidade dos cuidados prestados eram avaliados pelos médicos, hoje em dia o nível de exigência de uma população de doentes é cada vez maior. Pode-se dizer que são consumidores dos serviços de saúde. Desta forma a certificação e acreditação da qualidade é uma prioridade das organizações de saúde. Neste capítulo aborda-se as particularidades das organizações de saúde, a mudança organizacional, a qualidade em saúde e os modelos de gestão da qualidade na saúde.

### 1.1 Organizações de Saúde

As organizações de saúde compõem, pela sua abrangência, um exemplo de gestão complexa aliado a tecnologia, conhecimento, arte e relacionamento humano. Estas organizações apresentam características diferenciadas que lhes conferem uma determinada especificidade. Os profissionais que as integram, a natureza da sua tecnologia e o modo como os seus elementos pensam a realidade organizacional, constituem dimensões a partir das quais é possível analisar as suas particularidades (Nunes, 1994).

As particularidades inerentes à prestação de cuidados de saúde levaram as organizações desta área a buscar adaptações no modelo de gestão. Explica-se devido à existência de diferentes culturas ou subculturas, contidas na equipa administrativa, entre os médicos, enfermeiros e outros que constituem a diversidade ou pluralidade de profissionais que se unem para cuidar da saúde das pessoas.

Podemos afirmar que as organizações de saúde caracterizam-se por terem como objectivo satisfazer as necessidades de saúde das pessoas.

Para compreender os traços característicos das organizações de saúde pode-se estudar a representação conceptual de uma organização segundo Mintzberg (1995), considerando cinco componentes básicos: 1) o topo estratégico, (constituído pela administração, onde se processa a maior parte das decisões, sendo o responsável pela supervisão, planeamento); 2) a linha

hierárquica (constituída por todos os dirigentes intermédios, estabelece ligação entre todos os elementos da organização, com maior destaque entre o vértice estratégico e o centro operacional); 3) o centro operacional (constituído pelos operadores directos, onde predominam as actividades de produção); 4) a tecnoestrutura (constituída por todas as unidades que visam estandardizar e regulamentar os procedimentos de trabalho); 5) o apoio logístico (constituído por todas as unidades que têm por missão esse apoio, como por exemplo, o conselho jurídico e as relações públicas).

Para o mesmo autor esta estruturação das organizações origina forças conflitantes entre si e potenciadoras de rupturas, que propiciam a ineficiência organizacional. Assim, cada um destes cinco elementos é representado por uma força, a força exercida pelo topo estratégico no sentido da centralização, para coordenar, através de supervisão directa, e que impulsiona a organização para a centralização, posteriormente temos a força exercida pela tecnoestrutura para a estandardização, nomeadamente dos processos de trabalho, com vista a aumentar a sua influência e a encaminhar a organização para uma burocracia mecanicista, de seguida apresenta-se a força exercida pelo centro operacional no sentido da profissionalização das qualificações de forma a maximizar a sua autonomia e a estruturar a organização como burocracia profissional, depois temos a força exercida pelo apoio logístico, com vista à colaboração e inovação na tomada de decisão, no sentido da colaboração pelo ajustamento mútuo. Esta força empurra a organização para a adocracia e por último, e uma das mais acentuadas, encontramos a força da linha intermédia, conhecida como balcanização, na qual os directores dos serviços assumem posicionamentos tendentes para uma certa autonomia, com uma coordenação limitada pela estandardização dos resultados, criando-se dificuldades de comunicação com outras áreas. Os serviços assumem-se, assim, como ilhas potencialmente em conflito. Esta força empurra a organização para a estrutura divisionada.

Verificamos, assim, que uma organização é um espaço de conflito entre estas cinco forças identificadas. Na gestão de conflitos para Thomas (1976), são cinco os estilos de gerir os conflitos, tendo em consideração o nível de cooperação e de assertividade do gestor: estilo competitivo, estilo evitamento, estilo compromisso, estilo acomodação e estilo colaboração. O mesmo autor refere que os conflitos são processos dinâmicos e, como tal, potenciais geradores de mudança e desenvolvimento numa organização, fazendo parte do quotidiano dos seus elementos.

Pode-se concluir que uma organização de saúde é um espaço de conflitualidade constante dentro dos diversos grupos e entre os grupos, influenciando a performance, prejudicando a mudança e dificultando a gestão, embora a qualidade dos cuidados de saúde prestados seja, maioritariamente, satisfatória.

### **1.1.2 Cultura Organizacional**

O conceito de cultura organizacional, segundo Martins (2008) citando Schein (1999) caracteriza-se em torno de três níveis: os artefactos, os valores e os pressupostos partilhados. Os artefactos são constituídos pelas estruturas e processos organizacionais visíveis. Os valores respeitam as estratégias, objectivos e filosofias. Os pressupostos partilhados preservam lições aprendidas na interacção estabelecida pela organização com a envolvente e o modo como se pensa enquanto entidade.

A cultura numa organização conduz os comportamentos diários dentro de uma organização. Pode se entendida como uma forte característica de trabalhar e pensar que é compartilhada, em maior ou menos nível, pelos seus membros, e transmitida aos seus novos elementos (Ribeiro, 2009).

Segundo o mesmo autor afirma, que a cultura organizacional está relacionada com o contexto organizacional encontrando-se em constante reformulação e aperfeiçoamento, uma vez que o contexto de uma organização está sempre em mudança. Esta vai adaptando-se às alterações no meio ambiente e aos vários problemas internos, daí que cada organização tenha o seu contexto e por derivação a sua cultura.

Silva (2001) define cultura organizacional como um conjunto de valores, crenças e sentimentos. Uma vez vinculados aos mecanismos que os expressam e os difundem (tais como: mitos, símbolos, metáforas e rituais), são herdados, compartilhados e disseminados dentro de um grupo de pessoas que se distingue de outros grupos por suas peculiaridades culturais. Para uma melhor percepção desta o gestor pode destacar os valores positivos já existentes e promover novos valores exigidos pela organização, como qualidade, eficácia, eficiência, comprometimento, cooperação e respeito.

Segundo esta linha orientadora apresenta-se o modelo que será utilizado neste estudo. O modelo dos valores contrastantes de Quinn e Cameron (1999) descreve constrangimentos organizacionais, analisando as tensões existentes no ambiente organizacional, contrapondo

flexibilidade e controlo e ainda ambiente externo e interno. As linhas gerais das orientações estratégicas indicam-nos que as organizações devem ser adaptáveis e flexíveis, no entanto pretende-se que sejam ainda estáveis e controladoras. A integração destas dimensões permite identificar quatro tipos de cultura que tem subjacentes diferentes teorias organizacionais. O modelo das relações humanas ( enfatiza a flexibilidade, focalização interna, a coesão, o moral e o desenvolvimento de recursos humanos são criterios para a eficacia), o modelo de sistemas abertos (enfatiza a flexibilidade, a focalização externa, o crescimento, a aquisição dos recursos e a sustentação esterna), o modelo de objectivos racionais (enfatiza o controlo, a focalização externa, considera o planeamento, o estabelecimento de um objectivo, produtividade e eficiência) e o modelo dos processos interno (enfatiza o controlo e a focalização intera e o papel da gestão da informação e comunicação) (Ribeiro, 2009).

As organizações de saúde têm uma forte cultura organizacional, assim, é necessário definir que tipo de intervenção sobre essa cultura se deverá tomar, ignorá-la, geri-la ou mudá-la.

Estas organizações dispõem de um conjunto de profissionais que possuem uma variedade de subculturas, cada uma com os seus próprios valores e crenças. A gestão, integração e alinhamento desta variedade cultural, conduzirá ao sucesso, inovação e melhoria organizacional continua (Pericles, 2000).

Assim, a cultura organizacional é fundamental para a estratégia de uma organização, no sentido de que esta proporcionará a forma de alcançar o sucesso pretendido. Por outro lado a definição estratégica deverá adaptar-se à cultura exigente, na medida em que nenhuma estratégia é bem-sucedida se não estiver conjugada com a cultura da organização, exceptuando os casos cuja estratégia tenha como objectivo a promoção de novos modelos culturais. O que acontece em algumas situações de mudança organizacional nomeadamente implementação de sistemas de gestão da qualidade total é que falham devido à falta de atenção dada à cultura organizacional. A mudança organizacional e a liderança são elementos essenciais num contexto de mudança (Ribeiro, 2009).

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

A liderança é o processo de influenciar e apoiar os colaboradores numa organização, para que estes executem o seu trabalho de uma forma motivada para a obtenção de determinados objectivos. Nas organizações de saúde normalmente os líderes são pessoas nomeadas com base na especialização e experiência, tentando seleccioná-las de acordo com a competência para supervisionar, onde o líder decide e comanda. O modelo dos valores contrastantes segundo a literatura é o mais referenciado para o estudo dos tipos de liderança. Este modelo baseia-se nas teorias que defendem o desempenho de vários papéis, apresentando um líder com sucesso, como sendo aquele que consegue desempenhar todos os papéis em simultâneo (Ribeiro, 2009).

### **1.1.3 Particularidades das Organizações de Saúde do 3º Sector**

O terceiro sector consiste num conjunto de organizações cujos objectivos primários são mais de tipo social do que económico. O mesmo autor refere que o âmbito do terceiro sector inclui organizações de caridade, religiosas, arte, organizações comunitárias, sindicatos, associações profissionais e outras organizações voluntárias (Hudson, 1995).

Desta forma, e de acordo com o artigo 1.º do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (EIPSS) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, são instituições particulares de solidariedade social (IPSS) as constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços.

Estas instituições dão apoio a crianças e jovens, à família e contribuem para a protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, promovem a protecção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, favorecem a educação e formação profissional dos cidadãos, resolução dos problemas habitacionais das populações. Estes objectivos são concretizados através de respostas de acção social em equipamentos e serviços bem como de parcerias em programas e projectos (art.º 4.º do EIPSS). Uma vez registadas, as IPSS adquirem o estatuto de pessoas colectivas de utilidade pública, advindo daí, por parte do Estado, a atribuição de benefícios

(isenções fiscais, apoios financeiros) e encargos (prestação de contas, obrigação de cooperação com a Administração Pública) – art.º 8.º do EIPSS.

Há uma heterogeneidade no conjunto das organizações do terceiro sector. Com efeito, há as que têm por missão zelar por interesses particulares dos seus membros associados tais como sindicatos, cooperativas, e as que têm a missão de zelar pelos interesses de terceiros sem que os membros sejam beneficiários. O facto de prestarem serviços para as comunidades e simultaneamente focarem questões mais amplas relativas às políticas exige uma capacidade para abordar temas estruturais, incluindo as realidades e preocupações das populações locais, combinando o conhecimento técnico, a presença ou proximidade que permite o conhecimento a respeito das comunidades (Fonseca, 2007).

Segundo o mesmo autor o terceiro sector é uma força económica que gera cada vez mais emprego, por vezes em parcerias com o Estado através de programas e projectos. As principais características das organizações do terceiro sector são que existem primeiramente para um fim social, têm habilidade em combinar o empreendedorismo com a consciência social, são independentes do Estado, não estão sujeitos a controlo directo, não distribuem lucros aos sócios (donos ou associados) e reinvestem os excelentes financeiros nos seus serviços. As particularidades apontadas a estas organizações são: 1) os valores têm de ser protegidos acima de tudo como razão de ser da organização; 2) o voluntarismo é um ingrediente essencial; 3) apresenta com facilidade objectivos vagos; 4) as prioridades não são traçadas pelos indicadores financeiros; 5) o desempenho é complexo de ser acompanhado e avaliado; 6) a gestão das estruturas é difícil por atender a motivações diversas dos seus membros; 7) as organizações prestam contas a muitos *stakeholders* com exigências diferentes.

Há uma ligação muito fraca entre os fornecedores de fundos e utilizadores de serviços (excepto nas cooperativas). Em termos de enquadramento jurídico há uma diversidade de organizações não comerciais e não-governamentais que podem ser: associações, fundações, mútuas e mutualidades, cooperativas.

Quaisquer que sejam os sectores (privado, público ou o terceiro) a sua finalidade é de interesse público. São diferentes na natureza dos agentes intervenientes e objectivo, conforme se sintetiza na Tabela 1:

Tabela 1 – Diferenças nas características dos três sectores

<b>Sector</b>	<b>Agente</b>	<b>Natureza</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Fim</b>	<b>Iniciativa</b>
<b>Terceiro</b>	Organizações sem fins lucrativos	Sociedade civil organizada	Qualidade de vida	Público	Privada
<b>Privado</b>	Firmas/empresa	Mercado	Lucro	Público	Privada
<b>Público</b>	Governo	Estado	Controle Social	Público	Público

A emergência do terceiro sector independentemente das teorias explicativas, é uma consequência da busca de um papel mais amplo e efectivo dos agentes económicos e sociais – indivíduos, organizações e instituições. Reflectindo a sociedade civil organizada, o sector é composto por uma vasta gama de organizações que buscam a qualidade de vida (Drucker, 1994).

Destacam-se ainda três concepções de economistas que explicam o surgimento de organizações sem fins lucrativos (Hudson,1995), incidindo sobre três elementos: o bem público, os financiadores, e controlo do consumidor. A primeira concepção, dominada de bem público, considera que a característica especial de uma organização sem fins lucrativos é a contribuição adicional que dão num determinado domínio. Segundo a mesma concepção, as organizações não lucrativas existem porque algumas pessoas pretendem que haja prestação de serviços públicos em domínios que o governo teria de sobrecarregar os impostos aos contribuintes para os prestar e, portanto, essas pessoas fazem-no voluntariamente através de doações.

A segunda teoria sugere que as organizações sem fins lucrativos existem porque os financiadores em particular, vêm nelas a forma privilegiada de assegurar que o seu dinheiro é bem gasto. São exemplos de caso as agências de ajuda internacional.

Por último, a terceira teoria é conhecida como teoria do controlo do consumidor. Os consumidores querem o serviço de uma organização e querem ser eles mesmos a controlar as políticas e acções levadas a cabo pela organização. São exemplo, os sindicatos, associações profissionais e de empregadores. Há ainda uma posição que sugere que algumas organizações escolhem o estatuto de não lucrativas para ganhar isenções de taxas. Este aspecto é sensível se as organizações sem fins lucrativos competirem com organizações privadas.

## 1.2 Gestão da Qualidade

Falar ou escrever sobre qualidade é ao mesmo tempo difícil e apaixonante. Difícil porque a própria palavra qualidade é frequentemente utilizada com sentidos bem diversos. Apaixonante porque se trata de uma palavra que se aplica a tudo, desde a própria vida, passando pelos produtos e serviços que todos compramos até à gestão das organizações.

Segundo Gomes (2000) a qualidade é considerada universalmente como algo que afecta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva. Referimo-nos a um produto como produto de qualidade se este cumpre a sua função da forma como desejámos. Verifica-se se um serviço demonstra qualidade se vai de encontro ou se supera as nossas expectativas. Estamos constantemente a ser requisitados na procura de melhoria da qualidade do nosso trabalho, no entanto, nem sempre é totalmente clara a sua definição. A qualidade tem que ser perspectivada nas suas várias dimensões sendo que a relevância de cada uma delas pode variar, no espaço e no tempo, uma vez que as preferências dos consumidores não são imutáveis. A qualidade vai depender sempre da perspectiva de quem a está a avaliar. Como tem sido demonstrando ao longo da história da qualidade, todas as formas de a mensurar são subjectivas, condensando em si as percepções daquelas que usufruam de um serviço/produto em causa.

Qualidade é satisfazer os utilizadores fornecendo-lhes produtos, serviços e ambientes que não só compram as suas expectativas básicas como ainda excedem as expectativas.

As épocas ou eras da qualidade são descritas por vários autores que identificam as diferentes abordagens deste tema ao longo do tempo. Quando estas abordagens são analisadas, percebe-se uma nítida evolução das preocupações iniciais num ambiente fabril até à ligação crescente com a estratégia organizacional. Desta forma, verifica-se que são vários os autores de gestão da qualidade que ao longo dos anos desenvolveram novos conceitos e propuseram melhorias na qualidade das empresas de acordo com a evolução socioeconómica e o desenvolvimento do conhecimento. Os primeiros autores americanos que na década de 1950 levaram a mensagem da qualidade ao Japão foram: Deming, Juran e Fergenbaum. Os autores Japoneses que, na mesma década, desenvolveram novos conceitos com base nas mensagens dos autores americanos foram Ishikawa e Taguchi. Os autores americanos mais recentes que, através do estudo do êxito das empresas Japonesas propuseram melhorias na qualidade das empresas

ocidentais são Crosby e Peters. Os autores mais referenciados em estudos da qualidade são Deming, Juran, Fergenbaum e Ishikawa e Crosby.

Segundo a NP EN ISO 9000:2000, a definição correcta da gestão da qualidade é “um sistema para dirigir e controlar uma organização no que respeita à qualidade”. A gestão da qualidade passa por um conjunto de técnicas de planeamento de curto e de longo prazo, procedimentos de controlo da qualidade, métodos de identificação, análise e solução de problemas e actividades de apoio, formas de organização flexível, procedimentos para estimular o trabalho de equipa e a participação do trabalhador nas decisões.

O sistema de gestão da qualidade é o conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado ao mínimo custo. É um subsistema de gestão porque atribui sistematicamente recursos e responsabilidades de modo a que a organização para a qualidade se torne viável, efectiva e competitiva (Rego, 2005).

Resumidamente, os objectivos de um sistema de gestão da qualidade são (Pires, 2007): 1) fornecer uma abordagem sistemática de actividades que possam afectar a qualidade; 2) privilegiar as actividades de prevenção em vez de confiar apenas na inspecção; 3) fornece uma evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada.

Segundo o mesmo autor a adopção de um sistema de gestão da qualidade deve ser uma decisão estratégica da organização. A sua implementação é influenciada por várias necessidades, objectivos específicos, produtos fornecidos, os processos empregados e a dimensão e estrutura da organização. A organização deve estabelecer, documentar, implementar e manter um sistema de gestão da qualidade, melhorando continuamente a sua eficácia. Existe, portanto uma razão externa, que passa por dar a máxima confiança à gestão de que a qualidade está a ser alcançada ao mínimo custo.

### **1.2.1 Gestão da Qualidade Total**

A gestão da qualidade total corresponde a um tipo de gestão especializada pela procura permanente de introdução de melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já presentes, procurando sempre a excelência na qualidade (Andrade, 2010).

Segundo o mesmo autor um dos principais básicos que sustenta a gestão da qualidade total (*Total Quality Management – TQM*), é a melhoria contínua, pois independentemente da etapa

de desenvolvimento em que se encontre a gestão da qualidade numa organização, é necessário que as decisões se tomem a partir da informação objectiva, que torna imprescindível a realização de um exercício de avaliação que permita compreender tanto a situação de partida como a evolução dos resultados.

Para estabelecer confiança de que os resultados de uma organização são sustentáveis, devem existir evidências de que o que a organização faz, e a forma como faz, tem uma base sólida, é sistemático e é revisto e melhorado continuamente (EFQM, 1999a).

A gestão da qualidade total tem evoluído através de várias fases conforme a sua focalização: qualidade do produto, qualidade nos processos do produto, qualidade do serviço, qualidade nos processos de serviço, planeamento empresarial, planeamento estratégico da qualidade e planeamento estratégico integrado de qualidade. A focalização no produto e no processo conduziu à implementação de normas de qualidade que constituíram uma via importante de implementação de gestão da qualidade e de modelos que apoiam a avaliação das organizações (Godfrey, 2001).

A gestão da qualidade total contribuiu para o ressurgimento da economia Japonesa que nos anos 80 os economistas Deming (1986) e Juran (1988) popularizaram. A gestão da qualidade total representa uma cultura ou atitude de qualidade por parte de uma organização, cultura que consiste em produzir indo ao encontro das necessidades directas dos consumidores e que implica, ainda, uma melhoria contínua da qualidade. Refere-se a uma cultura de vontades de cada um e de todos na equipa, promovendo qualidade e reduzindo o desperdício a todos os níveis na hierarquia de produção. A gestão da qualidade total assenta em oito elementos chave: ética, integridade, confiança, treino, trabalho de equipa, liderança, reconhecimento e comunicação (Fragata, 2006).

Segundo o mesmo autor, as ideias principais da gestão da qualidade total são: 1) o sucesso assenta no facto de cada serviço se preocupar em corresponder às necessidades dos clientes (internos e externos); 2) a qualidade é o produto de etapas de produção, de sequência complexa mas que se percebem; 3) a maior parte dos seres humanos envolvidos no trabalho tem motivação para se empenhar e fazer bem; 4) existem métodos estatísticos simples que permitem, nas diferentes fases, monitorizar a “produção” e encontrar os desvios.

Segundo Pires (2007) a qualidade total pode ser vista como a cultura da empresa que permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

A organização de um sistema de valores da qualidade total implica alterar significativamente os mecanismos de trabalho e de resolução de problemas, privilegiando o trabalho pluridisciplinar de grupo e as relações interpessoais. Pode-se identificar 5 grandes princípios na cultura de uma organização pela qualidade total: 1) empenhamento da gestão total; 2) objectivos de satisfação do cliente; 3) processo contínuo de melhorias; 4) qualidade entendida como um problema de toda a gente; 5) gestão dos resultados económicos da qualidade.

Benavent (2001) refere que a gestão da qualidade total representa o expoente mais actual da gestão da qualidade e envolve a integração de todas as funções e processos dentro de uma organização para atingir uma melhoria contínua da qualidade dos bens e serviços que oferece, garantindo assim a satisfação dos clientes. Esta integração ocorre em todos os níveis da empresa e é baseada na ideia de que a eficácia geral da organização como sistema é maior que a soma dos resultados individuais de todos os subsistemas. Os subsistemas incluem todas as funções organizacionais no ciclo de vida de um produto, ou seja, a concepção, planeamento, produção, distribuição e manutenção. Da mesma forma, os subsistemas administrativos também devem ser integrados, e isso inclui: uma estratégia orientada para o cliente, o uso de ferramentas de qualidade e a participação do trabalhador, que é o elo de ligação entre todas as funções. E finalmente, o pilar que suporta toda a estrutura é a satisfação do cliente, que pode ser alcançada através da melhoria contínua de qualquer produto, processo ou serviço, e a qualquer nível.

Assim, a gestão da qualidade total pode ser entendida como uma filosofia de gestão que abarca todas as actividades, através das quais as necessidades e expectativas dos clientes, dos trabalhadores e da sociedade e os objectivos da organização, são atingidos da forma mais eficiente e eficaz possível ao maximizar o potencial de todos os funcionários através da sua participação e cooperação na busca da melhoria contínua.

Dentro dos mesmos princípios, Dale (2003) define a gestão da qualidade total como sendo uma prática constante da evolução dos negócios numa tentativa de desenvolver métodos e processos que não podem ser imitados pelos concorrentes. Em suma, são processos de negócio integrados para criar produtos e serviços com valor acrescentado que vão de encontro e excedam as necessidades e expectativas dos clientes.

Reforçando esta ideia, Vijandea e Gonzáles (2007) estabelecem que o conceito da gestão da qualidade total vai mais além da questão da qualidade do produto e/ou serviço, ou seja: 1)

afecta todos os processos e agentes envolvidos na organização; 2) parte da premissa básica de que a satisfação das necessidades dos clientes e a realização dos objectivos organizacionais são inseparáveis; 3) assume a necessidade do compromisso da qualidade por parte de toda a organização; 4) pretende garantir a satisfação completa do cliente com a oferta, assim como em última instância a sua lealdade à organização; 5) os princípios da gestão da qualidade total estendem-se aos clientes internos, isto é aos trabalhadores, para os quais se prevê o desenho de políticas proactivas orientadas para a sua satisfação e fidelização.

A gestão da qualidade total corresponde a um tipo de gestão caracterizado pela procura permanente de introdução de melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já existentes, procurando sempre a excelência na qualidade. Representa a principal linha orientadora da qualidade actual.

### **1.2.2 Gestão da Qualidade Total em Saúde**

A prestação de cuidados de saúde de excelência com qualidade deve ser um dos principais objectivos das organizações de saúde, na medida que contribui para a melhoria de saúde das utentes. Contudo, têm sido levantadas dúvidas sobre os méritos da qualidade na prestação de cuidados de saúde devido a importância crescente para os governos, seguradoras e outros pagadores, relativamente à redução de custos (Vidigal, 2010). Esta preocupação esta paradoxalmente ligada à da degradação da qualidade do serviço prestado (Bittar, 1999).

Segundo Barros (2004), existe uma maior preocupação com a qualidade nos últimos tempos e vários factores contribuem para essa maior atenção: 1) as preocupações com a contenção de custos; 2) maior atenção da população aos aspectos da qualidade; 3) os acontecimentos adversos provenientes da prestação de cuidados de saúde; 4) a qualidade é cada vez mais um factor de escolha; e, 5) a alteração dos mecanismos de financiamento, com a introdução de risco financeiro para os prestadores, tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade.

Ao longo do tempo, o conceito da qualidade tem assumido diversas definições. Muitas são pouco claras sob o ponto de vista prático, para a grande parte dos profissionais de saúde, causando desinteresse e uma percepção de que a qualidade é algo complexo e de difícil aplicação. Desta forma, é essencial que seja divulgada e entendida a definição funcional do conceito da qualidade:

- ✓ Donabedian (1988) defende que uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade é um tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização de uma medida inclusiva do bem-estar do utente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre ganhos e perdas esperados, nas várias fases do processo de prestação de cuidados.
- ✓ O *Institute of Medicine* define a qualidade como o grau em que os serviços de saúde, a nível individual e colectivo, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, sendo consistentes com o conhecimento profissional actual (USA. IOM, 2001).
- ✓ A qualidade pode também ser vista como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da administração e de todos os colaboradores (Feldman, Gatto; Cunha, 2005).
- ✓ A definição adoptada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), refere a qualidade em saúde como, o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (Sousa, 2006).
- ✓ Do ponto de vista do utente, um serviço de qualidade é aquele que vai ao encontro das suas expectativas. Assim, o conceito de qualidade passa a ser multifacetado incluindo não só o trabalho clínico e o seu resultado final (*outcome*), mas também a acessibilidade, a interface social, o uso de recursos e até mesmo a segurança. A qualidade passa assim a ser um elemento fundamental nesta relação tripartida que envolve também custos e acesso aos cuidados de saúde (Fragata, 2006).

A organização mundial de saúde (OMS) em 1989 publicou as dimensões para a qualidade nos cuidados de saúde. A performance técnica, os recursos, gestão de risco e satisfação dos doentes são elementos que deviam estar implementados em todas as organizações de saúde. Este conjunto de parâmetros de qualidade é curto mas abrangente e envolve o desempenho, a eficiência, a segurança e a satisfação dos utentes. Segundo Fragata (2006) a boa performance é uma poderosa componente da qualidade em saúde. O mesmo autor refere que é correcto definir a qualidade no campo dos princípios, segundo os critérios enunciados por Donabedian, pela OMS e por Maxwell e que poderemos concentrar da seguinte forma: 1) performance

profissional (desempenho técnico – “processo”); 2) eficiência (uso de recursos – “estrutura”, benefício-custo); 3) gestão de Risco (segurança); 4) satisfação do doente (humanização, informação, adequação individual); 5) envolvimento dos doentes e sociedade (informação, *feed-backs*, reputação, *accountability*). A perspectiva dos doentes, os consumidores, parece dever sobrepor-se à dos gestores e dos técnicos prestadores do serviço, pelo menos nas opções e escolhas; 6) acesso e Equidade no acesso; 7) eficácia (resultado a longo prazo – *outcomes*)

Um sistema de gestão da qualidade na área da saúde é constituído por uma série de procedimentos que ao serem seguidos aumentam a qualidade do desempenho clínico de um serviço, tendo como um dos objectivos a minimização da possibilidade de existência de erro clínico (Paladini, 2008).

Decidir por um sistema de gestão da qualidade na área da saúde implica muitas vezes em significativas transformações nos sistemas actuais de gestão e no comportamento dos profissionais, de todos os níveis hierárquicos. É necessário incorporar os conceitos e métodos de qualidade, de forma natural, no dia-a-dia das instituições de saúde (Nogueira 2008).

Segundo o mesmo autor para a obtenção de resultados seguros confiáveis o sistema de gestão da qualidade deve permitir: 1) a garantia da qualidade de todos os resultados obtidos na rotina diária; 2) tomar providências imediatas para eliminar as causas da não-conformidade encontradas através de acções correctivas; 3) tomar medidas preventivas para evitar que uma nova ocorrência das não conformidades encontradas.

### **1.2.3 Modelos de Certificação e Acreditação da Qualidade Total**

Os modelos de gestão da qualidade promovem a motivação das pessoas como um factor positivo para o desenvolvimento e sucesso da organização, sendo uma estratégia utilizada pelos gestores para a organização atingir o caminho da excelência. É importante referir que a implementação e desenvolvimento de um programa de qualidade total é um processo difícil, exigente e disciplinado de gerir numa organização (Fernandes, 2000). Ao aplicar um modelo de gestão da qualidade, deve-se ter em conta que cada pessoa lhe atribua um significado e que a sua implementação só será possível quando todas as pessoas objectivarem o mesmo significado, pelo que devem perceber o que é a qualidade e a que se refere a gestão da qualidade total.

A gestão de topo é responsável pela implementação de um programa de qualidade total, o qual tem a finalidade de criar uma cultura de empresa que permita fornecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes (Pires, 2000).

Segundo o mesmo autor, a implementação de uma cultura de qualidade apresenta os seguintes benefícios: 1) satisfação dos clientes; 2) atitudes positivas da parte de todos os colaboradores; 3) comunicação efectiva; 4) melhoria contínua em todos os processos; 5) satisfação dos clientes internos; 6) eliminação do desperdício.

Antes da apresentação dos modelos considerou-se pertinente esclarecer os conceitos de certificação e acreditação.

Acreditação é definida pela *International Society for Quality in health care* (ISQUA), entidade independente responsável pelo único programa internacional para a avaliação destes sistemas ou programas como um processo formal de assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade, baseado em padrões e métodos criados e desenvolvidos para serviços de saúde por profissionais de saúde com recursos às competências de pares externos organizados em equipas de auditores. É um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceites (Feldman Gatto e Cunha, 2005).

A metodologia da acreditação entendida como sistema de avaliação e melhoria da qualidade foi capaz de acompanhar o desenvolvimento dos sistemas de saúde e de evoluir para uma abordagem moderna que tem demonstrado uma grande capacidade de adaptação a necessidades e circunstâncias sociais, económicas e políticas diversas (Fragata, 2006).

Segundo o mesmo autor podemos considerar dois modelos de sistemas de acreditação. O regulador, no qual o Estado assume directamente a responsabilidade da fixação dos padrões e da sua avaliação, sendo que neste caso a certificação constitui condição do exercício da actividade e do potencial financiamento público. No segundo modelo, o verdadeiro modelo de acreditação ou de auto-regulação, os padrões são definidos e monitorizados por uma entidade independente sendo que a participação assume carácter voluntário.

Os padrões de acreditação são desenvolvidos por um consenso de especialistas em saúde, publicados, analisados e revistos periodicamente de forma a acompanharem o progresso e as

atualizações na área da qualidade de serviços de saúde, avanços tecnológicos e terapêuticos e mudança na política da saúde. Estes são elaborados para estimular a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições acreditadas (Rooney; Ostenberg, 1999).

A organização prestadora de serviços de saúde que adere ao processo de acreditação revela a sua responsabilidade e o seu compromisso com a segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população (Vidigal, 2010).

As vantagens deste processo são inúmeras para os profissionais, para as organizações para os utentes. Aumenta-se a capacidade para o trabalho, reduz-se os custos dos procedimentos, estimula-se a melhoria da qualidade, diminuem-se os riscos, aumenta-se a segurança dos utentes e dos profissionais, agregam-se valores à imagem da organização e um diferencial em relação a concorrência e, acima de tudo, trata-se de um procedimento ético. Contudo, a obtenção do certificado de acreditação, num hospital público ou privado, não garante a prestação de serviços com qualidade, as constitui uma evidência clara de que existe uma estrutura e funções com enfoque a qualidade (Feldman, Gatto e Cunha, 2005).

A implementação de um sistema de acreditação das organizações de saúde visa a melhoria do seu desempenho, tendo em vista a identificação dos pontos problemáticos e posterior criação e aplicação de medidas que visem a sua correção. Este sistema permite identificar a priori que uma determinada entidade cumpra um conjunto de critérios, garantindo previsivelmente qualidade dos serviços a prestar, contrariamente a um sistema de avaliação que se baseia nos resultados obtidos à posterior (Simões, 2004).

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 requisição ou critérios predeterminados. Apesar de os termos acreditação e certificação serem usados a maioria das vezes como sinónimos, a acreditação aplica-se normalmente a instituições enquanto a certificação se aplica a profissionais individuais e a instituições (Rooney e Ostenberg, 1999). Os mesmos autores referem ainda que quando conferida a uma instituição, ou sector, a certificação normalmente implica que essa organização dispõe de serviços adicionais, tecnologia ou capacidade além daquelas encontradas em instituições semelhantes.

A experiência portuguesa da certificação e acreditação nas organizações de saúde veio possibilitar a introdução nos hospitais de uma cultura da qualidade e promover o desenvolvimento organizacional.

A certificação e acreditação nas organizações de saúde tem como objectivo fortalecer a confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros nos seus profissionais, nas instituições prestadoras de cuidado de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício.

O processo de certificação e acreditação avalia também até que ponto os serviços prestados respondem às expectativas dos intervenientes internos e externos à organização, isto é, todos os colaboradores e utentes.

A *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU) veio substituir a antiga *King's Fund Quality Service* que é uma agência de desenvolvimento criada há cerca de 100 anos. Teve como objectivo inicial angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres e actualmente zela pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido (Griffiths, 2000).

A metodologia do serviço de qualidade em saúde deste modelo assenta num conjunto de padrões e critérios desenhados especificamente para a realidade hospitalar e, de acordo com França (2000), abrange toda a organização através do envolvimento de todos os profissionais. A mesma autora refere que esta metodologia tem alguns passos de realização obrigatória e sequencial que, em termos gerais, se enunciam do seguinte modo: introdução aos padrões e critérios, auto-avaliação e desenvolvimento organizacional, revisão por pares e, por último, relatório final e decisão de acreditação.

As técnicas utilizadas são a revisão de documentação, a entrevista e a observação directa e, após a avaliação, a organização recebe um relatório preliminar para análise e produção de comentários que antecede o relatório final com as conclusões e recomendações ou sugestões de actuação. Segundo França (2000) realça a importância da fase de preparação para a avaliação externa e na definição dos procedimentos de avaliação organizacional, com carácter sistemático e organizado.

A *Joint Commission International* nasceu em 1998 com o objectivo de responder à necessidade de estabelecer normas de qualidade aplicáveis às diferentes organizações de

saúde em todo o mundo. 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). Tem como missão melhorar a segurança e qualidade da saúde, através da acreditação de cuidados de saúde ou através da certificação de serviços e fornecendo um processo baseado em normas para avaliar as organizações.

O pedido da acreditação por parte da organização é voluntário. O processo inicia-se com o pedido da auditoria em que constam alguns dados relativos à organização de saúde. Num segundo momento dá-se o agendamento de uma auditoria, no decurso da qual os auditores pedem informação, visitam a instituição e entrevistam os 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”, sendo que 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 manifestações 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, avaliam 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. A acreditação tem validade de três anos. As normas aplicam-se a toda a organização, a todo o departamento e a todos os serviços. São comuns a todas as organizações de saúde, estando agrupadas por funções: Os Padrões/normas relacionados com o doente são: 1) acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos; 2) direitos do doente e família; 3) avaliação de doentes; 4) cuidados prestados ao doente; 5) educação do doente e família.

Os Padrões/normas relacionadas com a gestão da instituição são: 1) gestão e melhoria da qualidade; 2) prevenção e controlo de infecções; 3) administração, chefia e direcção; gestão e segurança da instalação; 4) qualificação e educação dos profissionais; 5) gestão da informação. Estas normas constituem uma parte do manual de Acreditação dos Hospitais. A acreditação é atribuída à organização que demonstrar concordância com as normas na altura

da avaliação. A acreditação também pode ser provisória, condicional ou negada conforme o cumprimento das normas (JCI, 2007).

O Modelo de Excelência *European Foundation for Quality Management* (EFQM) foi fundado em 1988 por iniciativa de catorze empresas líderes a nível europeu. O EFQM é uma fundação sem fins lucrativos, apoiada pela Comissão Europeia.

Mais tarde, em 1991, foi criado o Modelo de Excelência EFQM, um modelo de gestão empresarial destinado a auto-avaliar a excelência organizacional. Foi inicialmente concebido para ser adoptado por grandes empresas mas mais tarde percebeu-se a necessidade de se adaptar a empresas de menor dimensão e aumentar a sua abrangência a empresas do sector público.

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 instituição (EFQM, 2003b). O modelo admite a possibilidade de atingir excelência por diferentes formas. No centro do mesmo está a lógica definida como RADAR. É um modelo que se fundamenta não só em ideias mas principalmente nos resultados.

A missão deste modelo é a de construir uma conduta de excelência sustentável no continente europeu e fornecer uma visão de sucesso às organizações europeias integradas num mercado cada vez mais global. Os conceitos fundamentais de excelência são:

- Conseguir resultados equilibrado: desenvolve um conjunto de resultados chave necessários para controlar o processo a respeito da visão, missão e estratégia permitindo aos líderes adoptarem decisões mais eficazes e eficientes.
- Adicionar valor para os clientes: neste modelo o cliente é considerado como o juiz final da avaliação da qualidade quer do produto, quer do serviço. A focalização clara nas necessidades do cliente permite não só a satisfação das suas necessidades como também a sua fidelização à organização.
- Liderar com visão, inspiração e integridade: a liderança tem um papel muito importante na consecução da excelência. Uma liderança eficaz cria clareza, união e motiva as pessoas da organização.

- Gestão por processos: as organizações conseguem ter um desempenho mais eficaz se as actividades inter-relacionadas forem controladas através de um conjunto de sistemas de processos e de factos interdependentes.
- Alcançar êxito através das pessoas: a excelência é conseguida também através do envolvimento e desenvolvimento das pessoas.
- Promover a criatividade e a inovação: o desempenho de uma organização tendo como objectivo a excelência é maximizado quando se baseia num conceito de aprendizagem contínuo, de inovação e de melhoria.
- Construir parcerias: as organizações necessitam de desenvolver relações mutuamente benéficas com os seus parceiros, de modo a promover a partilha de conhecimentos.
- Responsabilidade para um futuro sustentável: uma abordagem ética de gestão contribui para a adopção de uma conduta de excelência da organização, assumindo a responsabilidade social desta na comunidade onde se encontra inserida. Este modelo assume nove critérios agrupados como “meios” e “resultados”. Cada um destes critérios envolve trinta e dois subcritérios.

Os critérios considerados como os “meios” são a liderança, pessoas, estratégia, parcerias e recursos e processo, produtos e serviços. Por sua vez, os critérios denominados por “resultados” são resultados de pessoas, resultados clientes, resultados sociedade e resultados chave.

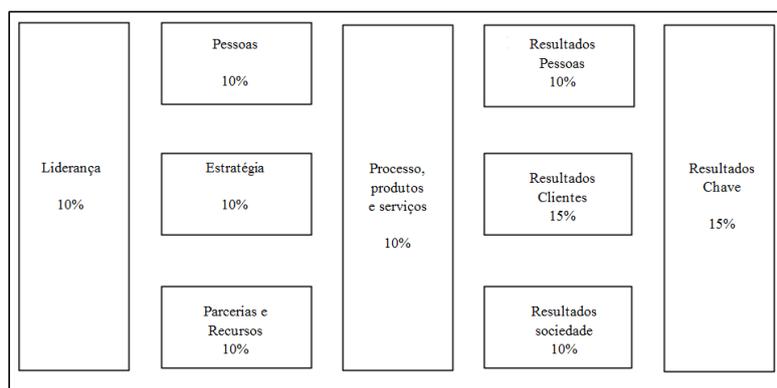


Figura 1 - Critérios do modelo EFQM

Fonte: Adaptado do *site* oficial do EFQM. [www.efqm.org](http://www.efqm.org)

Devido às mudanças que ocorrem nas organizações e no mundo também houve necessidade de modificar o modelo EFQM 2003, surge surgindo deste modo então o modelo EFQM 2010.

A revisão do modelo implica uma ligeira actualização dos 8 princípios da excelência, da área a abordar e dos diferentes subcritérios, pontuação dos diferentes critérios e subcritérios e conteúdo dos formulários da avaliação RADAR.

Os critérios apresentam um nome renovado e mais dinâmico. Enriquecimento do conteúdo e a sua forma encontra-se mais estruturada. Os critérios, meios e resultados têm um nome mais adequado, maior coerência interna e conteúdo mais actualizado. Os elementos RADAR foram alterados para resultados e meios. A pontuação é mais exacta e equilibrada. Nos meios apresentam uma pontuação de 100 pontos para cada um dos critérios. Nos resultados dos clientes e resultados chaves foi atribuído uma pontuação de 150 pontos e nos resultados pessoas e com a sociedade 100 pontos para cada critério. Estas pontuações são utilizadas quer para a auto-avaliação das organizações, quer para a sua utilização na avaliação das propostas de candidatura ao Prémio Europeu da Qualidade.

Estabelece-se uma relação totalmente directa e coerente entre cada um dos 8 conceitos e cada um dos 32 subcritérios, e manteve-se a separação entre dois pontos de vista sobre a excelência. Centram-se mais nos princípios das organizações. As principais alterações dos elementos fundamentais e dos critérios do EFQM encontram-se em anexo II.

O Modelo da EFQM considera três níveis de excelência:

1. O Prémio Europeu da Qualidade, atribuído à organização melhor sucedida e pontuada. Após a formalização e apresentação da candidatura, a organização sofre uma visita de verificação da pontuação dos critérios por uma equipa de assessores da EFQM. O número máximo da pontuação é de 1000.
2. O reconhecimento pela excelência, que consiste num nível atribuído às organizações cuja pontuação seja igual ou superior a 400 pontos.
3. O empenhamento na excelência, nível atribuído às organizações que se encontram numa fase inicial do seu percurso em direcção à excelência.

Todos os anos são atribuídos os Prémios Europeus da Qualidade nas categorias de Empresas e Unidades Empresariais, Unidades Operacionais das Empresas (partes da empresa que operam como centros de custos), Organizações do Sector Público e, finalmente, a Pequenas e Médias Empresas.

A Lógica RADAR é a ferramenta do EFQM, encontra-se no cerne do modelo. Do RADAR fazem parte quatro elementos: os resultados, a abordagem ao desdobramento, a avaliação e a revisão. (acho que já falaste de RADAR algures a dizer o que é)

Os elementos do RADAR que se aplicam nos “meios” são ao enfoque, implementação e a Avaliação e Revisão. Por sua vez, o elemento RADAR que se aplica nos “resultados” são a relevância e aplicabilidade usabilidade e o rendimento.

### **1.3 Modelos de Concepção e Implementação de Processos de Qualidade Total no CPNSF**

A criação de um mercado europeu implica uma maior internacionalização da prestação de serviços e requer a existência de um sistema europeu de reconhecimento da qualidade, garantindo a qualidade dos serviços junto dos clientes, de forma independente.

O processo abrangente de auto-avaliação constitui um instrumento ao dispor das organizações para avaliarem o seu desempenho actual e identificarem áreas de melhoria e ainda para a definição de um plano de acção para a implementação dos princípios da qualidade. A EFQM (1999a) define a auto-avaliação como uma revisão regular, sistemática e abrangente das actividades e dos resultados de uma organização, realizada com base num modelo de excelência EFQM. O processo de auto-avaliação permite discernir claramente os seus pontos fortes e as áreas onde podem ser feitas melhorias, culminando em acções de melhoria planeadas, cujo progresso é posteriormente monitorizado.

A certificação formal permite às organizações distinguirem-se no mercado, cumprindo os requisitos normativos e estatutários nacionais aplicáveis. A implementação e certificação de sistemas de gestão da qualidade, segundo a norma ISO 9001 numa instituição é de grande importância pois está instituída em varias organizações a nível mundial.

Segundo os dados mais recentes que se encontram disponíveis (ISO, 2008), existem no mundo inteiro pelo menos 951486 organizações com sistemas de gestão da qualidade certificados. Segundo a norma ISO 9001 a 31 de Dezembro de 2007, sendo a Europa, por razões históricas, responsável pela maior percentagem de entidades certificadas (45,35%) seguida da Ásia (36,30%) que tem no entanto vindo a ganhar espaço relativo e absoluto de ano para ano também neste tipo de indicadores. A opção de um sistema de gestão da qualidade deverá ser uma decisão estratégica da organização.

O referencial ISO 9001:2008 estabelece os requisitos a cumprir na implementação de um sistema de gestão de qualidade, devendo estes ser complementares aos requisitos existentes para os produtos/serviços de uma organização.

A consonância das práticas organizativas que se obtém com a adopção dos requisitos das Normas ISO 9000 advém do facto de estes requisitos terem sido, num contexto internacional, consistente e repetidamente aplicados, testados e verificados na prática, e de a sua actualização estar assegurada através de um processo de revisão periódica de que a chamada versão 2008 é o mais recente exemplo.

O facto de uma organização se encontrar em conformidade com a norma ISO 9001 significa que esta possui uma abordagem sistemática para a gestão dos processos para que os produtos ou serviços fornecidos por essa organização respondam às expectativas dos clientes. A norma ISO 9001 apenas estabelece quais são as exigências às quais um sistema de gestão da qualidade deve responder. No entanto, não são especificados os meios que devem ser adoptados para satisfazer essas mesmas exigências, deixando assim uma flexibilidade para que a organização ajuste as suas medidas ao meio económico, social ou cultural onde se insere (APCER, 2003).

Os requisitos de uma Norma ISO 9000 são os mesmos para qualquer serviço de saúde. A sua aplicação é que pode assumir diferentes formas, conforme se trata de um hospital, de um serviço de cuidados intensivos, de uma unidade de radiologia, de um centro de saúde, dos serviços de saúde pública ou de um consultório privado. Cabe a cada um realizar uma transposição criteriosa e ponderada para a sua realidade.

A nível hospitalar, a certificação poderá ser requerida de forma departamental, isto é, cada um dos serviços hospitalares (ex.: radiologia, laboratório, pediatria...) pode desenvolver um sistema individual de gestão da qualidade solicitando em seguida uma auditoria com vista a obter uma certificação ISO 9001. No entanto, poderá existir um sistema de gestão da qualidade transversal a toda a organização, englobando todos os serviços, que após uma avaliação positiva permitirá à instituição apresentar-se como instituição certificada transversalmente segundo a norma ISO 9001 (APCER, 2003).

Esta série de normas assenta em oito princípios: 1) focalização no cliente; 2) liderança; 3) envolvimento das pessoas; 4) abordagem por processos; 5) abordagem da gestão como um

sistema; 6) melhoria contínua; 7) abordagem à tomada de decisão com base em factos; 8) relações de benefício mútuo com fornecedores.

Para a implementação das normas ISO, existem algumas etapas que devem ser tidas em consideração: 1) determinação das necessidades e expectativas dos clientes e de outras partes interessadas; 2) estabelecimento da política de qualidade e dos objectivos da qualidade da organização; 3) definição de processos e responsabilidades necessárias para atingir os objectivos da qualidade; 4) determinação e disponibilização dos recursos necessários para atingir os objectivos da Qualidade; 5) estabelecimento de métodos para medir a eficácia e a eficiência de cada processo; 6) aplicação destas medidas para determinar a eficácia e a eficiência de cada processo; 7) identificação dos meios de prevenção de não conformidades e eliminação das suas causas; 8) estabelecimento e aplicação de um processo para a melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade; 9) atribuição da certificação de conformidade de acordo com as normas ISO, válido por 3 anos.

O EQUASS – *European Quality in Social Services* é um sistema integrado de certificação, formação e consultoria no domínio da qualidade, específico para o sector dos serviços sociais. Pretende promover o desenvolvimento do sector dos serviços sociais, incentivando e comprometendo os prestadores de serviços com a qualidade e a melhoria contínua e constituindo-se, numa óptica europeia, como um instrumento de garantia da qualidade junto dos utilizadores desses serviços.

A certificação da qualidade pelo EQUASS garante um reconhecimento independente a nível europeu. Os três níveis de certificação do sistema baseiam-se nos mesmos princípios da qualidade e cada nível pode ser entendido como um patamar de acesso a nível seguinte. O primeiro nível refere-se ao *Assurance in social Services* garante a qualidade da prestação de serviços, através da certificação da conformidade com 38 critérios baseados nos princípios da qualidade e corresponde a um nível de exigência fundamental para a prestação de serviço, significando um patamar de qualidade acessível em termos de esforços e de custos. O segundo nível diz respeito ao *Excellence in social Services* que certifica as organizações que demonstrem, ao nível dos 9 princípios da qualidade, resultados de excelência e melhoria contínua em três perspectivas diferentes: abordagem, disseminação e resultados. O terceiro e último nível refere-se ao *award in social services* que reconhece o desempenho particularmente excelente das organizações.

O EQUASS – *European Quality in Social Services* constitui uma iniciativa da EPR – *European Platform for Rehabilitation*. O EQUASS providencia serviços de carácter abrangente na área da certificação da qualidade, os quais se encontram em consonância com os requisitos europeus em matéria de qualidade no âmbito dos serviços sociais.

Os princípios da qualidade segundo este modelo são nove: 1) liderança; 2) direitos; 3) ética; 4) parcerias; 5) participação; 6) orientação para o cliente; 7) abrangência; 8) orientação para os resultados; 9) melhoria continua. Estes princípios e critérios de avaliação que lhes estão associados integram e conjugam as diferentes perspectivas dos clientes, dos prestadores de serviços, dos parceiros sociais, das entidades financiadoras, reguladoras e dos decisores políticos, possuindo como objectivo último a melhoria dos serviços prestados e dos sistemas de gestão.

Numa perspectiva mais global, ambos os modelos, adoptam a perspectiva de um alinhamento de processos no âmbito de sistemas que lhes permite atingir mais uma cultura de qualidade. Estas normas são a base para um sistema de qualidade documentado.

Ambos os modelos têm como objectivo assegurar a gestão baseada em factos a todos os níveis da organização. Isto significa que todas as actividades de melhoria e de gestão devem ser baseadas numa recolha de dados e de informação.

#### **1.4 Identificação dos Factores Críticos na Implementação do Processo de Certificação e Acreditação**

A implementação de um modelo de qualidade nem sempre é fácil pois requer uma boa gestão e um grande envolvimento por parte de todos os colaboradores da organização. A literatura revela uma taxa de falhas 60% a 67% em relação à implementação de iniciativas de qualidade nas organizações de saúde. Estas falhas não são causadas pelos princípios básicos dos programas, mas antes devido principalmente a sistemas de implementação não efectivos. De acordo com o autor Martin (2000), é necessário melhorar o modelo de implementação a fim de reduzir estes índices. Desta forma é preciso conhecer os factores que podem dificultar a implementação da qualidade nas organizações de saúde.

Segundo Pires (2007) existem os seguintes problemas associados à implementação do processo da qualidade: 1) erros humanos 12%; 2) método de inspecção 10%; 3)

especificações erradas 16%; 4) falta de provas suficientes 36%; 5) planificação 14%; 6) imprevistos 8%; 7) outros 4%.

O trabalho em equipa tem demonstrado ser um factor crítico para a efectiva implementação das práticas da qualidade na organização. Esta necessidade destaca-se cada vez mais nos hospitais, a partir do conceito das HROs (*High Reliability Organizations*), devido à natureza interdisciplinar do trabalho e à necessidade de cooperação entre os profissionais, o trabalho em equipa é crítico para a segurança do doente (Seabra, 2007).

A concretização dos principais referentes ao desenvolvimento contínuo da qualidade, ao nível prático, pode apresentar diversas falhas, tais como: 1) dificuldades relacionadas com contextos normativos e estruturais demasiado rígidos; 2) desenvolvimento independente de programas da qualidade não coordenados em vários sectores; 3) falta de suporte e envolvimento da gestão; 4) dificuldades em manter os profissionais permanentemente interessados na qualidade; 5) construção dos programas de desenvolvimento contínuo da qualidade como projectos autónomos (e marginais) em relação às outras actividades da instituição (Pires, 2007).

## Capítulo II – Diagnóstico

*“a essência de um estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”*  
Schramm (1971)

Para desenvolver qualquer tipo de diagnóstico, é necessário recolher informação e dados relativos à instituição a estudar. Entre outras coisas, é importante efectuar uma abordagem correcta às origens dos problemas que motivam o diagnóstico. Para tal, é fundamental promover um conjunto de aproximações á realidade da organização ou, como acontece neste caso, ter um conhecimento relevante da mesma, tendo como objectivo a identificação dos problemas em causa. Esta fase tem como finalidade fazer uma descrição sistematizada dos passos a percorrer, de todo o plano de acção a elaborar e dos critérios a seguir, no sentido de se alcançar os objectivos propostos. Serve também para descrever as estratégias a utilizar na realização do estudo.

Desta forma, neste capítulo será abordado o método de estudo, as técnicas de recolha e tratamento de dados necessárias para a análise organizacional, e efectuada a auto e heteroavaliação da organização segundo os oito princípios da EQUASS e, por fim, uma análise crítica a essa avaliação. Por outras palavras corresponde ao desenho da investigação desenvolvida.

### **2.1. Metodologia e técnicas de Recolha e tratamento de Dados**

Na realização deste projecto foi utilizado o método de estudo de caso. Este representa uma maneira de se investigar um tópico empírico, seguindo um conjunto de procedimentos preestabelecidos. É a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes. Quando o pesquisador tem pouco controlo sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real utiliza-se o estudo de caso. Permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos. As vantagens do estudo de caso são a competência na expressão de processos sociais à medida que eles se desenrolam nas organizações e possibilidade de considerar um grande número de variáveis, as quais não necessitam de ser predeterminadas (Yin, 2001).

Utilizando como base o método de estudo, foram adoptados os seguintes procedimentos de técnicas de recolha de dados: observação, análise documental, questionários e entrevistas. No tratamento dos dados utilizou-se a estatística descritiva e análise de conteúdo.

Para a realização do diagnóstico organizacional foi necessário recolher informação e dados sobre a instituição em estudo. Esta parte do trabalho é de extrema importância uma vez que permite efectuar uma abordagem às origens dos problemas existentes e que motivam o diagnóstico.

A análise incidiu sobre 13 dos 68 colaboradores do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima. Foi utilizado o modelo teórico de Quinn (1991) onde se aplicaram os seguintes instrumentos: 1) avaliação dos modelos de gestão em organizações de saúde; 2) avaliação dos Comportamentos Empresariais: a perspectiva pessoal e a perspectiva dos outros. Para a avaliação do diagnóstico da cultura de equipa recorreu-se ao modelo Blake e Mouton (1988), para a avaliação do *Commiment* utilizou-se o modelo de Meyer e Allen (1997), para a avaliação do índice potencial motivador utilizou-se o modelo de Hackman e Oldham (1980), para a avaliação do estilo de liderança de equipa recorreu-se ao modelo de Hersey e Blanchard (1986) e para a avaliação da liderança e gestão de conflitos recorreu-se ao modelo e instrumento de Flamholtz e Randle (1987). A avaliação da estratégia organizacional foi verificada através da avaliação da trajectória da doença foi operacionalizada com o instrumento HFMEA (*Health Failure Mode and Effect Analysis*) desenvolvido pela *Veteran Association National Center for Patient Safety's*. Para finalizar, foi elaborada pela equipa da qualidade da organização em estudo uma auto-avaliação e uma heteroavaliação segundo os princípios do modelo de gestão da qualidade EQUASS.

## **2.2. Caracterização da Unidade de Estudo**

O Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF) pertence ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. O estatuto da Organização consiste numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, dirigida pela Província Portuguesa da Congregação das Irmãs anteriormente referidas.

Desde 1948 que as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, são uma presença no concelho de Cascais, iniciaram a sua missão com a abertura do Hospital Ortopédico Infantil Nossa Senhora de Fátima, destinado a crianças com problemas de ossos e articulações.

No início da década de 80, por vários motivos, esta unidade de ortopedia encerrou as portas, para remodelação das estruturas a fim de as preparar para uma nova missão. Assim, a 13 de Maio de 1985 as Irmãs Hospitaleiras iniciaram aqui uma nova missão reabrindo as portas como Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima - CPNSF, que é actualmente um dos 12 Centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em Portugal.

Apresenta uma visão centrada no utente, tendo em conta a originalidade da natureza humana e as diferentes vertentes para acrescentar valor à vida numa dimensão bio-psico-social. Tem como missão prestar cuidados de saúde que tornem a vida das pessoas mais fácil e com qualidade, através da humanização de capital humano, da interdisciplinaridade e de transversalidade terapêutica colocada ao serviço do capital humano.

Tem como objectivo dar resposta às necessidades correntes no campo de acção da Psicogeriatría, no que respeita ao atendimento de pessoas idosas do sexo feminino, através da prestação de cuidados de saúde e promoção da reabilitação psicossocial e espiritual das utentes. Por outro lado, é pretendida a realização de actividades de apoio à família, o investimento e valorização do voluntariado, a definição de perfis profissionais competentes e a colaboração com outras instituições e serviços.

No que respeita aos recursos humanos, o CPNSF conta com uma superiora local que acumula funções de directora-gerente, um director clínico, uma directora administrativa, três administrativas, um médico psiquiatra, um médico fisiatra, um médico de clínica geral, 12 enfermeiros, uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma terapeuta ocupacional, um Fisioterapeuta, vinte e oito auxiliares de enfermagem, uma pessoa responsável pelo serviço religioso, quatro pessoas na categoria de pessoal assistencial (recepção, motorista, jardineiro) e doze pessoas na categoria de serviços gerais (cozinha, lavandaria).

Relativamente aos recursos financeiros, o CPNSF é uma instituição não subsidiada, o que faz com que se constituam receitas da instituição os rendimentos provenientes dos serviços de apoio às actividades e de assistência, o pagamento das utentes, assim como, o que provém das consultas externas (fisioterapia, fisiatría e psicologia). Quanto aos recursos físicos, o centro dispõe de dois edifícios: a residência das Irmãs Hospitaleiras e o CPNSF propriamente dito com uma ocupação de 85 camas.

Uma vez que o CPNSF está direccionado apenas para a população idosa do sexo feminino, torna-se mais pertinente abordar os tipos de internamento em detrimento das valências. Deste

modo, existem dois tipos de internamento: o curto internamento e o longo internamento. O curto/médio internamento destina-se a utentes que necessitem de auxílio por falta de apoio momentâneo a nível familiar ou que se encontrem numa situação de reabilitação física, podendo durar de trinta a noventa dias. O longo internamento, por seu lado, destina-se a utentes que apresentem problemas do foro psíquico ou psicológico, motivo pelo qual a família se encontra impossibilitada de lhe prestar os cuidados básicos e de saúde necessários não tendo por isso, um período temporal definido. Em ambas as modalidades de internamento são prestados serviços ao nível sociocultural, recreativo e espiritual, ao nível de projectos de reabilitação psicossocial e ao nível médico. Há ainda respostas para a comunidade, sendo uma delas a unidade de dia que é aberta ao exterior e a utentes de ambos os sexos. Esta valência pretende proporcionar apoio a alguns utentes que o desejem, mais ao nível sociocultural e de ocupação. Outro serviço prestado é ao nível das consultas externas de psicologia, de fisioterapia e de fisioterapia, destinadas a todas as faixas etárias, bem como sessões de estimulação cognitiva e grupos psicopedagógicos para famílias.

## **2.3 Dimensões do contexto organizacional**

### **2.3.1 Cultura Organizacional**

Para avaliar os modelos de gestão existentes na organização em estudo utilizou-se o modelo de Quinn (1991). Feita a análise dos questionários aplicados concluiu-se que a cultura desta organização é uma cultura das relações humanas, tal como se pode verificar na figura 2. Os valores dominantes deste enquadramento são a participação, confiança e sentimento de pertença. Este tipo de cultura enfatiza a motivação das pessoas e a descentralização de decisões. É descrita por uma ênfase na orientação para a flexibilidade e para a perspectiva interna, em que a participação e o consenso geradores do espírito de grupo constituem os meios para atingir os fins, isto é, desenvolvimento dos recursos humanos e bem-estar das pessoas.

Categoria	Média	Desvio Padrão
Flexibilidade	69,72	13,52
Perspectiva externa	5,97	4,41
Perspectiva interna	8,82	7,52
Controlo	15,42	8,53

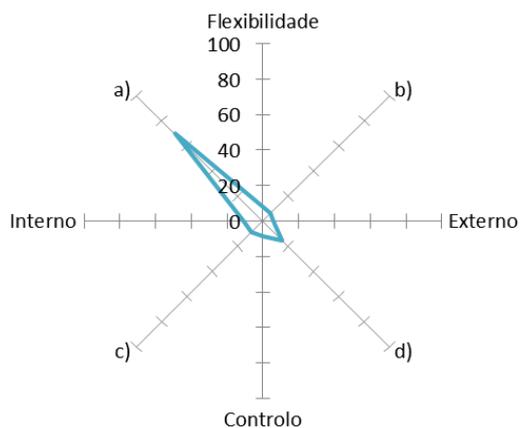


Figura 2 – Modelo de Gestão Existente

Categoria	Média	Desvio Padrão
Flexibilidade	38,47	23,92
Perspectiva externa	54,72	24,88
Perspectiva interna	3,82	3,70
Controlo	3,82	3,11

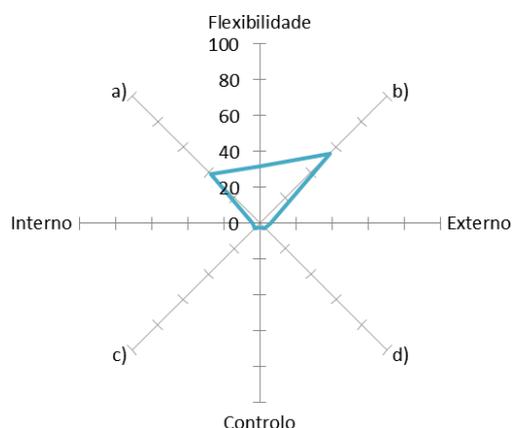


Figura 3 – Modelo de Gestão Existente Desejada

Numa perspectiva de futuro, através dos questionários aplicados, foi também solicitado aos colaboradores que indicassem o modelo de gestão que gostariam de ver implementado na organização. Após a sua análise, como se observa na figura 3, verifica-se que os colaboradores desejam manter a cultura das relações humanas mas também centrada na cultura dos sistemas abertos. Esta está mais direccionada para o exterior, no sentido da diferenciação das competências e da expansão e adaptação.

### 2.3.2 Cultura de Equipa

Para o diagnóstico da cultura da equipa de trabalho, foi aplicado um questionário dos autores Blake e Mouton (1988). Na figura 4 pode-se observar, em termos médios, os resultados obtidos após a aplicação dos questionários.

Categoria	Média	Desvio Padrão
Direcção	5,33	0,65
Reuniões	5,00	0,85
Conflito	5,42	1,44
Objectivos	5,92	1,08
Inovação	6,33	0,98
Comunicação	4,92	0,90
Descrição dos Postos de Trabalho	5,33	1,07
Delegação	7,17	1,03
Qualidade	5,42	1,16
Avaliação dos desempenhos e controlo de resultados	5,75	0,97
Espírito de Equipa	7,92	0,29
Compromisso e empenhamento	6,75	0,75



Figura 4 – Diagnóstico da cultura da equipa de trabalho

Os resultados obtidos pelos inquiridos apresentam um valor médio de 63,3. Ao analisar a tabela da figura 4 verifica-se que todos os valores se evidenciam em parte característico (todos dentro ou acima da média (dos 5 valores)) excepto o espírito de equipa, delegação e o compromisso e empenhamento. Estes resultados devem-se ao facto dos inquiridos trabalharem em equipa e terem objectivos comuns. As variáveis que deveriam sofrer um processo de melhoria são a comunicação e as reuniões, visto que foram as que apresentaram resultados inferiores nos questionários.

### 2.3.3 Índice Potencial Motivador

Após a análise dos resultados obtidos pelos questionários (figura 5), na categoria de variedade de actividades todos os colaboradores se encontram dentro da média. As categorias de significado da tarefa, variedade de actividades, autonomia e feedback apresentam valores para os inquiridos de acordo com a média, o que significa que os colaboradores sentem-se motivados quanto ao grau em que recebem informação clara e directa sobre a eficácia do seu trabalho. A categoria identidade da tarefa o resultado mais baixo.

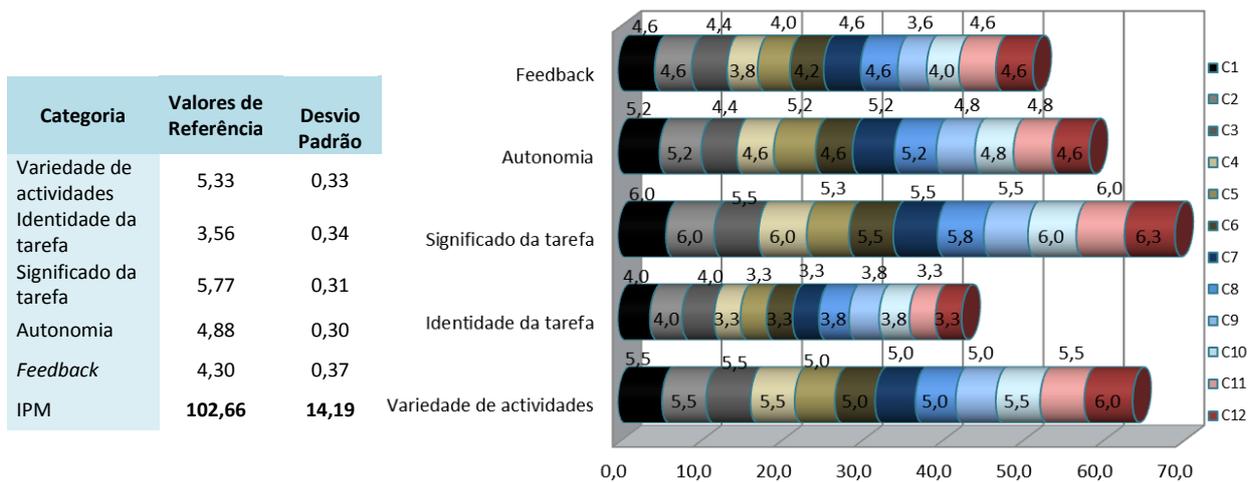


Figura 5 – Índice Potencial Motivador

### 2.3.4 Liderança

Para analisar o perfil da chefia que a organização em estudo assume perante os seus colaboradores, aplica-se o questionário de Quinn (1991). Relativamente à perspectiva pessoal aplicou-se a chefia da organização de modo a analisar a perspectiva dos outros. Após a aplicação dos questionários, obtiveram-se os seguintes resultados relativos à perspectiva pessoal:

Categoria	Média	Desvio Padrão
Papel Facilitador	6,5	0,71
Papel Mentor	6,5	0,71
Papel Inovador	5	0,00
Papel Intermediário	5,5	0,71
Papel Produtor	6,5	0,71
Papel Director	5	0,00
Papel Coordenador	5,5	2,12
Papel Monitor	5	1,41

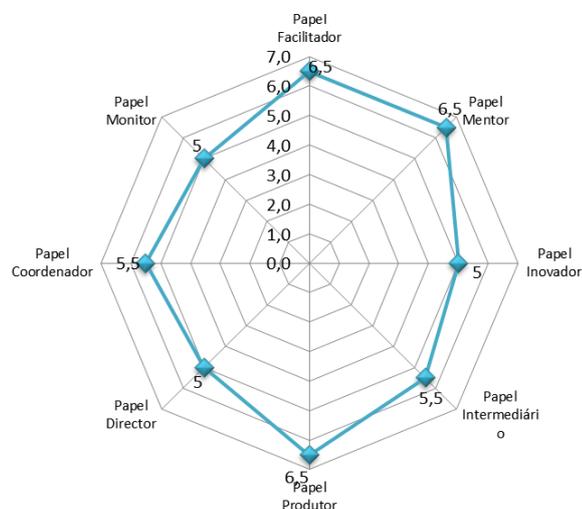


Figura 6 – Perspectiva Pessoal

A Chefia da organização em estudo identificou, em si, características pertencentes a vários papéis de Líder. As características predominantes são, em proporções iguais, de um líder facilitador, produtor e mentor. Relativamente à perspectiva dos outros (figura 7), obteve-se após aplicação dos questionários o seguinte resultado: O grupo identificou no seu líder características pertencentes a vários papéis, as características dominantes é de um líder director, facilitador e intermediário.

Categoria	Média	Desvio Padrão
Papel Facilitador	4,8	0,65
Papel Mentor	4,0	0,94
Papel Inovador	4,5	0,83
Papel Intermediário	4,7	0,81
Papel Produtor	3,6	0,19
Papel Director	4,9	0,61
Papel Coordenador	4,3	0,75
Papel Monitor	2,6	0,51

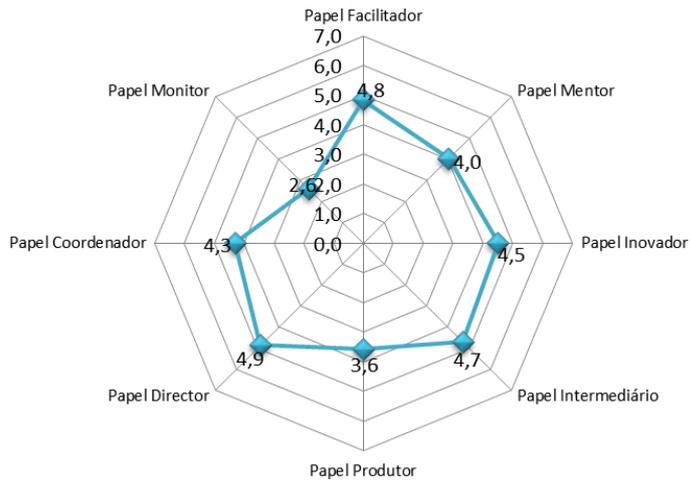


Figura 7 – Perspectiva dos Outros

Para uma melhor percepção do tipo de liderança que o líder apresenta na organização em estudo, são apresentados de seguida os resultados obtidos na identificação da liderança carismática:



Figura 8 – Liderança Carismática

A auto-eficácia e a inspiração são as características que predominam mais organização em estudo (figura 8). Relativamente à chefia, verifica-se que esta dá oportunidade para obter sucesso, realça a imagem e assegura a competência dos seguidores (figura 9).

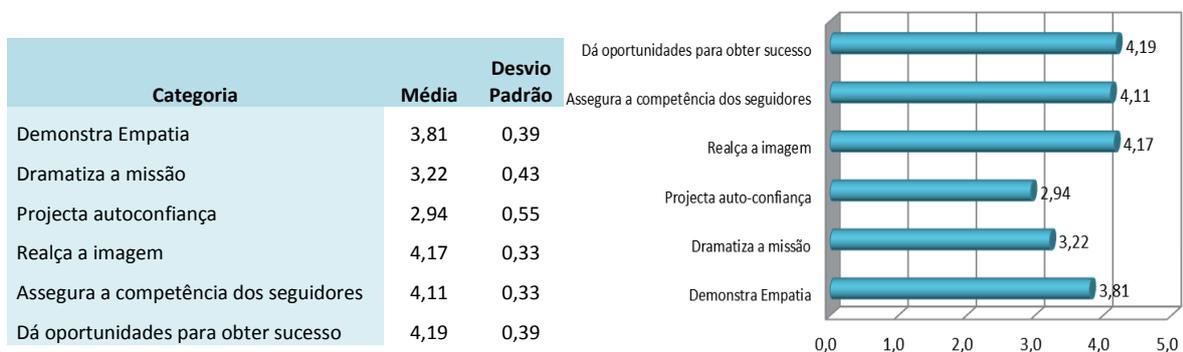


Figura 9 – Liderança Carismática – Chefia

### 2.3.5 Implicação Organizacional

Na avaliação do commitment verificamos os seguintes resultados;

Categoria	Média	Desvio Padrão
Normative Commitment	2,99	0,18
Continuance Commitment	2,63	0,21
Affective Commitment	2,97	0,24

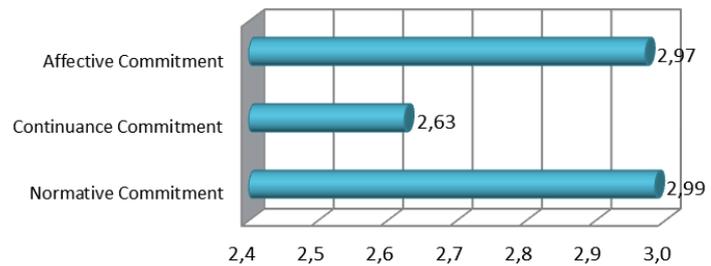


Figura 10 - Commitment

Após a interpretação dos questionários pode-se concluir que os colaboradores da organização em estudo têm para com a empresa um *Commitment* normativo e afetivo (figura 10), significa que os colaboradores têm lealdade com esta instituição e esta permite-lhes satisfazer as suas necessidades básicas.

### 2.3.6 Gestão de Conflitos

Para avaliação da liderança e gestão de conflitos aplicou-se um questionário aos colaboradores do modelo e instrumento de Flamholtz e Randle (1987).

Categoria	Média	Desvio Padrão
Colaboração	3,05	0,39
Acomodação	2,80	0,37
Compromisso	3,57	0,35
Competição	3,62	0,35
Evitamento	1,48	0,31

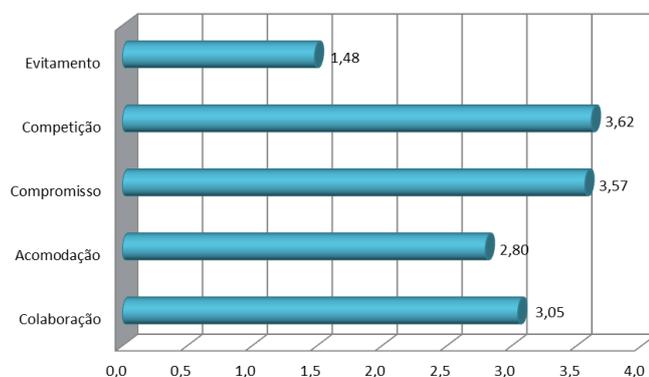


Figura 11 – Gestão de Conflitos

Os resultados obtidos, revelaram que o estilos predominante é a competição e o compromisso. Este estilo tende a existir uma certa dose de equilíbrio entre assertividade e cooperação, tornando-o adequado quando os interesses de ambos os lados têm peso equivalente. O estilo evitamento como se verifica na figura 11 é o menos pontuado, é muitas vezes usado para lidar com assuntos pouco importantes, existe uma atitude nem assertiva nem de cooperação.

### 2.3.7 A Teoria High Reliability Organizations

Pode-se verificar na figura 12 que o HRO obtido pelos questionários aos colaboradores do CPNSF que Fiabilidade se enraíza numa Cultura mista, com maior tendência para a Cultura de Aprendizagem. O que revela uma elevada abertura por parte dos colaboradores em aprender com os erros que existiram e que existe um elevado empenho para fazerem cada vez melhor o seu trabalho. É um indicador que leva os colaboradores a procurarem a melhoria do seu desempenho profissional e dos procedimentos. A cultura flexível também presente, existe uma adaptação às exigências da mudança.

Analisando ainda os resultados da cultura, relativamente aos valores mais baixos encontra-se a cultura de *reporting*, o que significa que os erros cometidos não são divulgados. Não existe um incentivo e protecção aos colaboradores para relatarem os erros.

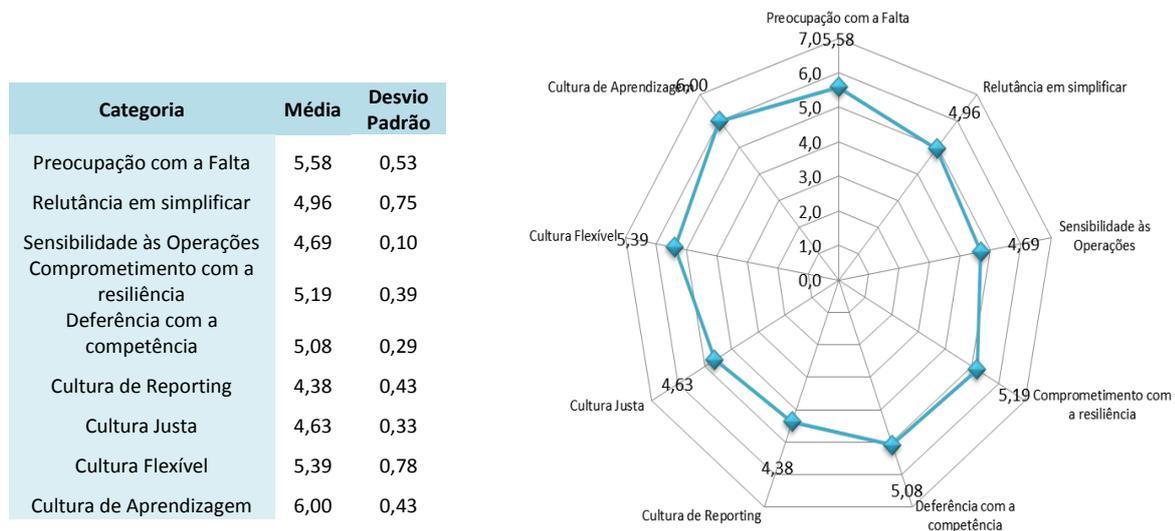


Figura 12 – HRO

### 2.4 Identificação dos Processos-Chave e Factores Críticos

A *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) permite identificar as falhas num determinado processo sem a preocupação das causas. O principal objectivo da FMEA ou FMECA (*Failure Mode Effect Critical Analysis*) é identificar os incidentes que ocorram e tentar actuar sobre eles.

Foi constituída uma equipa multidisciplinar, para a elaboração do FMEA que analisou a trajectória do doente desde a admissão até a alta programada, posteriormente elaborou os fluxogramas desde a admissão até ao internamento, encontra-se em anexo III. Esta equipa

teve como base a avaliação dos resultados obtidos nos pontos anteriores, assim como a experiência da vivência directa e do contacto com os doentes nos seus respectivos sectores.

As falhas encontradas foram as seguintes:

Tabela 2 – FMEA do CPNSF

Etapas	Falhas	Efeitos	Causas	G	O	D	RPN	Acção	Responsáveis pela acção
<b>Marcação e Realização da Consulta</b>	Agendamento Incorrecto	Não realização da Consulta	Falta de Pessoal para o atendimento	8	2	2	32	Melhorar o sistema de agendamento	Administrativo/Médicos
	Indisponibilidade da Equipa médica e técnica para a realização de consultas	Menor número de reuniões entre a equipa técnica e médica.	Não haver comunicação antecipada da data das reuniões.	5	3	2	30	Marcação das datas das consultas atempadamente	Equipa médica
<b>Internamento</b>	Guia de acolhimento desactualizado	Informação sobre o internamento e o CPNSF desactualizada	Poucos profissionais interessados em actualizar o guia de acolhimento do CPNSF	3	2	2	12	Actualizar o guia de acolhimento do CPNSF	Direcção do CPNSF/Chefias dos serviços
	Não há camas disponíveis	Maior número de utentes em Lista de espera.	Internamentos de longo prazo, e poucas camas para as necessidades actuais.	2	8	2	32	Aproveitar espaços físicos e aquisição de algumas camas, ou diminuir as consultas de avaliação.	Direcção de Enfermagem
	Número insuficiente de enfermeiros	Trabalho excessivo para o número de enfermeiros existentes no CPNSF	Pouco recrutamento de enfermeiros	3	6	5	90	Recrutar Enfermeiros	Direcção/ direcção de Enfermagem

## 2.4 Auto e heteroavaliação do serviço

Foi realizada uma Auto-avaliação à organização em estudo através do preenchimento de uma grelha com princípios, dimensões, critérios e indicadores de desempenho da EQUASS pela equipa de qualidade. Posteriormente fez-se a heteroavaliação da qual se apresenta uma síntese dos resultados obtidos em anexo IV, os resultados mais pormenorizados:

1) Liderança - A Organização tem a visão e missão documentada através de documentos capitulares e guias de acolhimento dos colaboradores. Segundo a heteroavaliação deverão estar explícitos nos folhetos/brochuras afixados na entrada da organização. Verifica-se que a visão e missão da organização foram aprovadas pelos órgãos de gestão através do plano anual e actas do conselho de direcção. Os colaboradores conhecem a visão e missão através da formação e registos de sumários e presenças. Segundo a heteroavaliação deverá existir um plano de comunicação interna, uma avaliação de satisfação dos colaboradores e ainda um guia de acolhimento de novos colaboradores.

Relativamente à Comunicação dos valores às partes interessadas, esta é efectuada através da página Web, panfletos, circulares normativas, cartazes afixados e encontros com familiares. De acordo com a heteroavaliação a organização deverá criar brindes com a inscrição dos valores e oferecer formação nesta área. Os valores são disseminados pelos colaboradores através de actas de reuniões, planeamento anual, jornal e boletins informativos.

Não existe na organização uma política da qualidade documentada, segundo a heteroavaliação a sua existência é obrigatória assim como a elaboração do manual da qualidade. Depois de definida a política da qualidade assim como a elaboração do manual da qualidade estes devem ser transmitidos aos colaboradores.

A informação disponível sobre o desenvolvimento dos serviços/programas, de clientes e colaboradores, desempenho e eventos da organização é realizada através da página Web, panfletos, trabalhos realizados pelas utentes, jornadas, concursos artísticos e científicos, participação de clientes em reuniões de equipa, plano de formação, reuniões de equipa, plano estratégico, plano de actividades, relatório de actividades, fotografias, lista de eventos e dossier de imprensa. A heteroavaliação alerta para a documentação dos procedimentos e elaboração/implementação do plano individual de intervenção.

As partes interessadas têm possibilidade de dar parecer sobre serviços através da caixa de sugestões e inquéritos de satisfação, a heteroavaliação refere as actas de reuniões como evidência a este ponto. Verificou-se que não existe um plano de recolha do parecer de clientes e colaboradores. A heteroavaliação refere que deve existir e incluir um questionário de satisfação, actas e mapas de reuniões.

No registo de n.º de clientes envolvidos na revisão de serviços apenas há como evidência a lista de utentes. Segundo a heteroavaliação deve ser elaborado e implementado o plano individual de intervenção.

As partes interessadas conhecem os serviços e programas através da página Web, panfletos e sessões informativas.

Não existe um sistema de gestão da informação definido apenas canais de comunicação (comissão da comunidade). Segundo a heteroavaliação deverá existir este sistema com uma definição de acessos, responsáveis e um procedimento de gestão documentada. Também não existe um procedimento para actualização do sistema de gestão de informação.

As identificações das necessidades das partes interessadas para promover a inovação são realizadas através da análise SWOT e por questionários. Segundo a heteroavaliação deverão ser identificadas todas as necessidades das entidades externas e recolhidas sugestões e reclamações.

Identificou-se que nos últimos dois anos os projectos de inovação são documentados através de fases de acompanhamento, avaliação e programas terapêuticos. A heteroavaliação refere que devem estar descritos e existir fichas de acompanhamento e resultados.

Os resultados que comprovam o sucesso na satisfação de necessidades da sociedade são os prémios de reconhecimento, relatórios de actividades anuais, balanços de cada serviço e a criação de novos serviços e sua evolução.

A organização demonstra o impacto de programas/serviços na sociedade através do n.º de casas de saúde/região, n.º de utentes, n.º de colaboradores, participação em jornadas e participação em acções de sensibilização na comunidade. A heteroavaliação alerta para a colocação de n.º de colaboradores/população activa e n.º de estágios aceites.

Através de actividades sociais/comunitárias na sociedade através de protocolos com entidades locais (por exemplo Bombeiros). Segundo a heteroavaliação a organização deverá criar um dossier de protocolos.

2) Direitos - A organização informa os clientes acerca dos seus direitos e deveres no guia de acolhimento através da carta dos direitos e deveres. A heteroavaliação alerta para a

atualização da carta dos direitos e deveres, sua afixação e atualização do guia de acolhimento.

A carta de direitos e deveres está explícita no regulamento da instituição. Os colaboradores têm um entendimento comum sobre os direitos e deveres dos clientes através de formações e reuniões. A heteroavaliação alerta para a necessidade de elaboração de um manual de integração de novos colaboradores a utilização de um instrumento para medição do entendimento comum.

A organização não possui um procedimento para reclamações, um sistema de gestão de reclamações documentado e uma divulgação transparente do número e tipo de reclamações e a forma como são tratadas. A heteroavaliação refere que é essencial a sua existência.

A organização define e documenta a política de ética através dos valores missão institucionais da comissão de ética. Segundo a heteroavaliação deve ser elaborado um código de ética.

Na organização em estudo não existe um procedimento de confidencialidade, um procedimento para acesso, partilha e disseminação da informação do cliente, nem acessos revistos bianualmente com colaboradores e clientes. A heteroavaliação alerta para a necessidade de existir um procedimento de gestão documental. Os colaboradores são informados dos valores e princípios que regem o comportamento através das formações e reuniões de equipa.

A organização define papéis, responsabilidades, competências inter-relação dos gestores e colaboradores no manual de recursos humanos.

Este critério não está verificado na organização. Assim sendo, a heteroavaliação alerta para a realização da avaliação de desempenho a todos os colaboradores.

3) Parcerias - Não existe evidência das partes interessadas estarem envolvidas na prestação de serviços. A heteroavaliação informa acerca da necessidade de listar as parcerias e de implementar o plano individual de intervenção. O planeamento de serviços pelas partes interessadas evidencia-se pelas reuniões com as associações de famílias e suas actas.

Na organização em estudo não há evidência do desenvolvimento de programas em parcerias com outras organizações. A heteroavaliação refere novamente a necessidade de listar as

parcerias, rever e formalizar novas parcerias e elaborar um procedimento de avaliação dessas mesmas parcerias.

4) Participação - Não existe procedimentos para o envolvimento dos clientes, promoção activa da participação dos clientes na comunidade, participação dos clientes em actividades de planeamento e revisão, promoção da participação dos clientes conforme necessidades e articulação de medidas, procedimentos e actividades com clientes. Deste modo, tal como refere a heteroavaliação efectuada, tem de existir um procedimento do plano individual de intervenção

Não é feita a revisão das medidas, actividades e procedimentos para a participação dos clientes. Mais uma vez a heteroavaliação alerta para a necessidade de implementar o plano individual de intervenção.

5) Orientação para o cliente - A identificação das necessidades dos clientes actuais e potenciais foi identificada através de um questionário de diagnóstico, assim como a identificação das necessidades das entidades financiadoras, da disponibilização de informação (inferior a três anos) sobre o levantamento de necessidades e identificação das necessidades do mercado para novos serviços.

A organização não determina a taxa de sucesso na prossecução de objectivos e satisfação das necessidades, taxa de sucesso expresso em percentagem de objectivos alcançados e de clientes ou partes interessadas satisfeitos.

Não existe na organização um plano individual de intervenção. Como já foi verificado nas heteroavaliações acima referidas, é essencial a sua implementação baseado nas necessidades dos clientes e assinado pelos próprios.

Como referido no ponto anterior, a organização não possui o plano individual de intervenção. Deste modo, não é realizada a revisão anual deste.

6) Abrangência - Os processos e procedimentos chave não estão identificados nem documentados. Segundo a heteroavaliação justificava-se a sua realização. Os mecanismos de validação da coerência e alinhamento do funcionamento da organização com processos de trabalho e objectivos definidos no plano anual evidenciam-se através do relatório anual, avaliação semestral do plano, relatórios de execução e *Balanced Scorecard*.

A organização evidencia o sistema de identificação e introdução de alterações aos serviços por mudanças de necessidades através de reuniões semanais e mensais com toda a equipa técnica. A heteroavaliação propõe a existência de um procedimento de sugestões e reclamações, do levantamento de necessidades e de um plano de acção de melhoria. Não existe evidência documentada das alterações aos serviços em relação ao envolvimento de clientes, colaboradores e partes interessadas na revisão de serviços. Existem alguns projectos individuais em que são aplicados inquéritos aos clientes e reuniões de equipa com envolvimento de todos os colaboradores. A heteroavaliação refere que se devem aplicar questionários de envolvimento. Os colaboradores não têm entendimento comum sobre processos-chave e suas responsabilidades, desta forma a organização deve oferecer formação sobre os processos-chave.

É definida e documentada a forma de coordenação e articulação dos serviços através de protocolos e fluxogramas no entanto, de acordo com a heteroavaliação, deveria existir um mapa de processos. Como não estão definidos os processos-chave não existe uma avaliação periódica destes de modo a garantir a acessibilidade e disponibilidade de serviços. A avaliação anual da continuidade dos serviços assim como a identificação e reporte anual de barreiras ao acesso e continuidade destes é realizada através dos relatórios anuais e semestrais. Segundo a heteroavaliação devem existir auditorias internas e uma avaliação da continuidade dos serviços.

A multidisciplinaridade assegurada com mobilização de diferentes locais e parceiros é evidenciada por protocolos com outras instituições de saúde e equipas multidisciplinares.

Como referido anteriormente a organização não tem um plano individual de intervenção. Desta forma não mobiliza diversas áreas de competência, não existe uma definição de qualidade de vida para cada cliente, promoção da qualidade de vida pelos serviços da organização ou entidades parceiras, nem reporta a eficácia dos serviços. Segundo a heteroavaliação deveria ser uma prioridade da organização a implementação do plano individual de intervenção.

A organização não avalia as competências e aptidões dos colaboradores com vista à promoção da qualidade de vida.

7) Orientação para os resultados - Existe uma avaliação do desempenho da organização por meio de uma entidade de controlo independente verificada por alguns serviços, DGERT,

HACCP, ARS, relatório de actividades enviado às entidades financiadoras e envio mensal de estatísticas para o ministério da saúde.

A medição do desempenho da organização face a objectivos definidos é realizada através do planeamento anual, relatório anual de avaliação das actividades e desempenho da organização evidenciado pela memória existencial. Não é realizada a medição do número de clientes que atingem objectivos definidos no plano individual de intervenção.

Dada a inexistência de um plano individual de intervenção, a organização não realiza uma medição do número de clientes que atingem objectivos.

O reporte de desempenho a entidades financiadoras é verificado pelas estatísticas enviadas mensalmente e pelos relatórios de execução de projectos entregues a essas entidades financiadoras.

A heteroavaliação refere a necessidade de implementação de inquéritos de satisfação a entidades financiadoras.

A organização não verifica a satisfação dos clientes perante os serviços. Deste modo não pode ser reportado o grau de satisfação de clientes a partes interessadas. Segundo a heteroavaliação deveriam ser implementados inquéritos de satisfação a clientes e divulgados resultados de avaliação da satisfação dos clientes às partes interessadas.

8) Melhoria Contínua - O planeamento anual é realizado através do plano de gestão, embora não exista um processo de planeamento anual documentado. Este plano é aprovado pelos órgãos de gestão no plano de gestão e acta de reuniões de gestão. Neste ponto a heteroavaliação apenas alerta para a elaboração do procedimento do plano anual.

A organização realiza o planeamento anual. Este contempla: objectivos *smart*, actividades chave, resultados medidos, metas e objectivos revistos e comunicado aos colaboradores. Segundo a heteroavaliação deve ser incluído o ciclo PDCA no planeamento anual e elaboração do procedimento do planeamento anual.

Não existem evidências de planos de melhoria contínua. Desta forma, não existe um formato standardizado para planos de melhoria da qualidade, um sistema de melhoria com carácter cíclico (actividades planeadas, implementadas, resultados, medidas correctivas) nem uma documentação anual de pelo menos 2 acções de melhoria nem dos resultados de planos de

melhoria de qualidade. A heteroavaliação alerta para a criação de planos de melhoria, criação de novos procedimentos das acções preventivas/correctivas, plano estandardizado e documentação das acções de melhoria.

Como não existe um plano de acção de melhoria na organização em estudo também não existe uma definição de indicadores para medição dos resultados das acções de melhoria contínua.

Na organização não há evidências de estratégias da formação e desenvolvimento dos colaboradores, da formação e desenvolvimento e da revisão periódica do desempenho dos colaboradores. Não existe um relatório anual de formação que contemple o número de dias de formação, número de colaboradores directos e número de colaboradores envolvidos na formação por nível de qualificação. Segundo a heteroavaliação deveria existir e ser aplicado na avaliação de desempenho a todos os colaboradores.

Não existe uma política de recrutamento devidamente definida. Segundo a heteroavaliação deveria ser actualizado o manual de recursos humanos com definição dos critérios e processos de recrutamento.

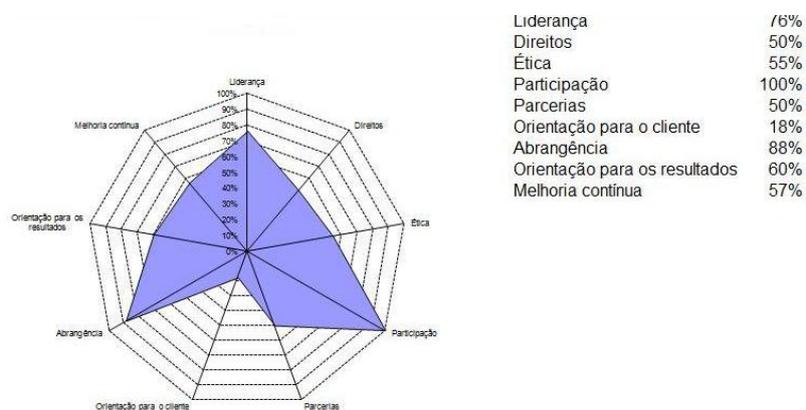


Figura 13 – Resultado da Auto-avaliação da organização em estudo

## 2.6 Análise Crítica

No princípio liderança verificou-se que a instituição em estudo tem a missão, visão e valores bem definidos. Existe pouca divulgação destes para com os colaboradores, clientes e partes interessadas, sendo no entanto aspectos que devem ser melhorados pois contribuem significativamente para a clareza e transparência da organização.

A política da qualidade constitui uma função fundamental na organização, na medida em que permite assegurar que todos os colaboradores, clientes e partes interessadas assimilam a visão, missão, metas e objectivos, visando a satisfação das necessidades e expectativas. Não existe evidências de uma definição/documentação de política da qualidade assim como do manual da qualidade, plano de comunicação interna, e de um sistema de avaliação da satisfação dos clientes, partes interessadas e colaboradores. Os serviços oferecidos pelo CPNSF são divulgados através da página *web*, folhetos informativos, reuniões e sessões informativas. Apesar dos clientes e partes interessadas terem oportunidade de dar o parecer sobre estes através da caixa de sugestões e reclamações não existe um plano de recolha destas informações nem um plano de gestão da informação e sua actualização. Pode-se referir que não existe uma comunicação eficaz na organização em estudo, já que nenhuma das partes interessadas (internas e externas) têm acesso a informação relevante, rigorosa e actualizada sobre a organização. A identificação das necessidades da instituição é realizada anualmente através da análise SWOT e realizado um questionário aos serviços, contudo deveria ser alargado aos clientes e partes interessadas.

A comunicação deve ser um aspecto a melhorar uma vez que potencia a escolha informada por parte dos clientes actuais e potenciais e tem impacto na eficiência dos colaboradores na gestão estratégica da organização. O mesmo se verificou quando se aplicou o questionário da cultura da equipa de trabalho aos colaboradores identificou-se que o aspecto que deveria ser melhorado é a comunicação.

A inovação reflecte a introdução de novas ideias, bens, serviços ou práticas com vista a responder às necessidades dos clientes, às mudanças no contexto e a assegurar o desenvolvimento dos serviços. Neste contexto os projectos de inovação e desenvolvimento de alguns serviços do CPNSF apesar do sucesso não estão devidamente documentados, justificados nem avaliados. A instituição tem demonstrado o seu impacto na sociedade através do nº de casas de saúde/ região, nº utentes, nº colaboradores, participação em jornadas e acções de sensibilização, prémios de reconhecimento, criação de novos serviços, relatórios de actividades anuais e actividades sociais/comunitárias na sociedade ex. Bombeiros. A inovação nos serviços/produtos orienta-se para a satisfação directa das necessidades dos clientes, enquanto a inovação nos processos se orienta para os ganhos de eficácia e eficiência, devendo ambas ser melhoradas. Desta forma, verifica-se que os resultados da auto-avaliação vão ao

encontro do modelo de gestão desejado identificado, mantendo a cultura das relações abertas mas mais centrada numa cultura de sistemas abertos.

As organizações comprometem-se com a promoção e a defesa dos direitos dos clientes, em termos de igualdade de tratamento, de oportunidade, de participação, de liberdade de escolha e de autodeterminação. Através do princípio direitos identificou-se que todos os clientes têm conhecimento dos direitos e deveres através da entrega do guia de acolhimento onde estão descritos. Contudo é insuficiente pois deveriam estar afixados num local central na instituição. Relativamente aos colaboradores verificou-se algumas acções formativas sobre carta de direitos e deveres. A organização não possui um sistema de gestão e divulgação de reclamações (resolvidas e por resolver), não registando o feedback de clientes e outras partes interessadas sobre o seu desempenho.

As organizações funcionam com base num código de ética, no respeito pela dignidade do cliente, da família/significativos e/ou parceiros, protegendo-os de riscos indevidos, especificamente os requisitos da organização em termos de competências exigidas e promovendo a justiça social. Assim sendo, dentro do princípio da ética identificou-se que na instituição em estudo não existe um código de ética documentado.

Não se verifica a existência de um sistema de gestão documental, ou seja, um procedimento de confidencialidade de acesso, partilha e disseminação da informação. A identificação dos diferentes papéis, responsabilidades e funções dentro da organização, embora desactualizados, estão descritos no manual de recursos humanos. Na avaliação da gestão de conflitos o estilo que mais predomina é a competição e o compromisso e o que deve ser melhorado é o evitamento. Facilita a transparência e eficiência da comunicação com os clientes no âmbito da prestação dos serviços.

Ao analisar o índice potencial motivador dos colaboradores verifica-se que as categorias significado da tarefa, variedade de actividades, autonomia e feedback apresentam valores de acordo com a média, o que significa que os colaboradores se sentem motivados quanto ao grau em que recebem informação sobre a eficácia do seu trabalho. A categoria que apresentou valores mais baixos é a identidade da tarefa o que vai ao encontro do que a auto-avaliação refere. Uma vez que não existe avaliação de desempenho, surgem algumas no desempenho e inter-relação dos colaboradores.

No princípio das parcerias, a organização em estudo apresenta algumas falhas. Apesar da organização trabalhar com varias parcerias não existe uma listagem nem procedimento de avaliação das mesmas.

O princípio da participação evidenciou um envolvimento com os colaboradores e clientes como membros activos nos aspectos fundamentais da prestação de serviços. Embora a inexistência de um plano individual de reabilitação seja um aspecto prioritário a melhorar. Este aspecto vai ao encontro dos resultados da avaliação do *commitment* que evidenciam a satisfação dos colaboradores em trabalhar na instituição em estudo já que lhes permite satisfazer as suas necessidades básicas. Ao avaliar a liderança carismática presente na organização é possível observar que a chefia dá oportunidades para obter o sucesso, realçar a imagem e assegurar o compromisso dos seguidores. A chefia identifica em si características de vários líderes, embora sejam mais relevantes os papéis de facilitador, produtor e mentor. Os colaboradores demonstram uma opinião contrária, identificando na sua chefia um líder também ele facilitador mas com características de director e intermediário.

Quanto à orientação para o cliente, este princípio apresenta o valor mais baixo da auto-avaliação da organização em estudo (figura 13). Os processos de trabalho das organizações devem ser orientados pelas necessidades dos clientes (actuais e potenciais) com o objectivo de promover a sua qualidade de vida, respeitando o seu contributo individual e envolvendo-os na auto-avaliação, promovendo a avaliação dos serviços que lhes são prestados. Assim sendo, a organização deve trabalhar neste princípio e desenvolver acções de melhoria.

A instituição realizou um questionário de diagnósticos assim como a identificação das necessidades das entidades financiadoras e necessidades do mercado para novos serviços. O plano individual é essencial à sua elaboração e implementação o mais rapidamente possível, devendo ser elaborado pela equipa multidisciplinar em conjunto com os clientes. Todas as organizações devem envolver os seus clientes como membros activos nos aspectos fundamentais da prestação de serviços.

Não estão documentados os procedimentos chave nem os de suporte. A organização evidencia um sistema de identificação e introdução de alterações aos serviços de necessidades através de reuniões semanais e mensais de equipa técnica.

O princípio da orientação para os resultados tem como critério a medição de resultados. Neste ponto verificou-se que existe uma avaliação de desempenho da organização por entidades de

controlo independentes, verificadas por alguns serviços (DGERT, HACCP e ARS). A medição do desempenho da instituição é realizada através do planeamento anual de avaliação das actividades dos diversos serviços. Contudo, não existe qualquer evidência de medição da satisfação das entidades financiadoras.

Para verificar a existência do planeamento anual, sistema de melhoria contínua e qualificação e desenvolvimento dos colaboradores verificou-se que a organização em estudo elabora anualmente um plano de gestão onde realiza um planeamento de todos os serviços. Este plano é comunicado aos colaboradores e contempla objectivos SMART, actividades chave, resultados medidos e metas e objectivos revistos. Deveria no entanto ser incluído o ciclo PDCA.

Não se verificou evidência de planos de melhoria contínua nem uma definição de indicadores para a sua medição. A aplicação da teoria HRO permitiu verificar que a fiabilidade se enraíza numa cultura mista com maior tendência para uma cultura de aprendizagem, o que influencia positivamente a implementação da melhoria contínua. Outro aspecto fundamental para a melhoria contínua foi a elaboração do FMEA que identificou falhas da organização em estudo, nomeadamente a nível do agendamento de consultas, guias desactualizados, espaços físicos e recursos humanos. Prescreveram-se as acções de melhoria como um procedimento de triagem e admissão, actualização do manual de acolhimento de utentes, optimização de recursos físicos e recrutamento de enfermeiros.

Na figura 13 verifica-se que os oito princípios do modelo EQUASS que predominam segundo a auto-avaliação são a participação e a abrangência. Verifica-se que a organização promove a participação e a inclusão das pessoas com deficiências e incapacidades a todos os níveis. Como já foi referido, o princípio que necessita de ser melhorado é a orientação para o cliente.



Na intervenção propriamente dita constam quatro estratégias de mudança que vão ao encontro da análise elaborada neste projecto. A primeira, a estratégia transformadora, diz respeito aos planos, projectos e acções de melhoria. Os planos dizem respeito ao plano estratégico e devem conter a análise da situação interna e externa da organização através da análise SWOT, definição da missão e formulação de objectivos e de estratégias. Posteriormente será implementado e avaliado anualmente.

Relativamente aos projectos, através da auto e heteroavaliação verificou-se que não se encontravam devidamente documentados. A organização tem em actividade vários projectos, nomeadamente o jornal do centro, a estimulação cognitiva, a terapia de orientação para a realidade e a consulta de enfermagem, contudo não existem evidências da sua fundamentação, objectivos e avaliação. Assim, deve ser criado um dossier intitulado “Projectos” onde deverão ser colocados juntamente com as suas avaliações semestrais ou anuais. Nas acções de melhoria propõe-se um plano de acção de melhoria e uma definição de indicadores para a medição dos resultados dessas mesmas acções.

Segundo Campos (2005) o ciclo de melhoria da qualidade é um processo contínuo, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros pré-estabelecidos, à definição de objectivos e metas, à implementação de acções e ao retorno à avaliação após um prazo determinado.

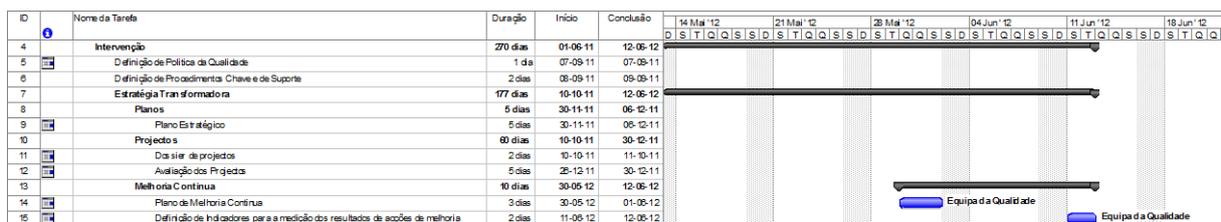


Figura 15 – Intervenção do Projecto

A estratégia participativa propõe intervenção nas áreas de formação, comunicação e recursos humanos, tal como se verifica na figura 16. As acções de formação são importantes na medida em que permitem fortalecer o envolvimento dos colaboradores com a organização. O plano propõe acções de envolvimento sobre a qualidade que têm como finalidade obter um maior envolvimento dos colaboradores para a implementação do processo de certificação/acreditação de um sistema de gestão da qualidade na organização. Propõem ainda acções de formação sobre visão, missão, valores, direitos e deveres, código de ética e política da qualidade para os clientes, partes interessadas e colaboradores. Estas acções devem ser

realizadas por meio de sessões, duas a três vezes por ano. A acção de formação sobre liderança deve ser realizada às direcções e chefias intermédias duas vezes por ano.

Na comunicação verificou-se que existem problemas na comunicação interna e externa, sobretudo na disseminação da informação. Não existe comunicação entre os diversos serviços da organização em estudo, justificando-se a existência de reuniões semanais/mensais com as chefias dos vários serviços, de circulares normativas e ainda de um sistema de intranet. Assim, o plano propõe a elaboração de um procedimento de comunicação interna e externa, de um plano de gestão das sugestões e reclamações, incluindo o seu tratamento e divulgação.

Na área dos recursos humanos o seu manual deve ser actualizado assim como o organograma e o manual de acolhimento aos utentes já que ambos se encontram desactualizados. O primeiro deve essencialmente sofrer alterações na política de recrutamento e integração e na descrição de funções dos diversos profissionais. O segundo deverá conter a missão, visão, valores e todos os serviços prestados pela organização (assim como todas as actividades dirigidas para o cliente) de modo a divulgar a visão, missão, valores e serviços da organização. Deve ser elaborado um manual de acolhimento de novos colaboradores assim como um procedimento de avaliação de desempenho e a sua implementação. Esta avaliação só é realizada aos enfermeiros da organização e deve ser alargada aos restantes colaboradores e chefias. Este aspecto tem trazido alguns problemas nomeadamente desmotivação dos colaboradores.

Anualmente devem ser identificadas as necessidades formativas dos colaboradores e clientes de modo a permitir a elaboração de um plano de formação cuidado. O que se verifica é que o plano de formação anual existente é muito abrangente e não direccionado para as reais necessidades dos colaboradores e clientes. Segundo Vidigal (2010) os recursos humanos que desempenham tarefas nas organizações de saúde devem ser motivados e capacitados através do investimento em treino comportamental e técnico, procurando mostrar a visão global de toda instituição, fazendo-se da equipa a mais harmoniosa possível.

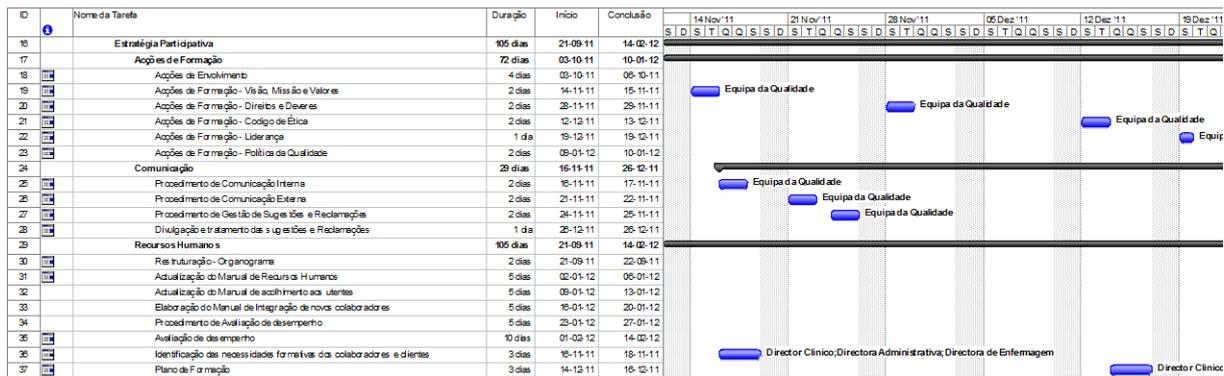


Figura 16 – Intervenção Projecto 2

A estratégia *telling* propõe a elaboração dos procedimentos e a avaliação da satisfação. Na organização em estudo não existem procedimentos devidamente descritos. Desta forma devem ser elaborados os procedimentos de admissão, internamento, alta programada, consultas externas, transferências, plano individual de intervenção, gestão documental, parcerias, tratamento de não conformidades, acções correctivas e preventivas, técnicas de enfermagem, manutenção de equipamentos, gestão de stocks e medicamentos e instruções de trabalho, conforme indicado na figura 17.

Como referido anteriormente encontra-se no anexo VI o modelo de elaboração de um procedimento. Após a sua elaboração, para ser implementado deve ser autorizado pela direcção, direcção clinica, administrativa e enfermagem.

A implementação do plano individual de intervenção será fundamental para melhorar o princípio da EQUASS orientação para o cliente, uma vez que foi o que obteve uma menor pontuação na auto-avaliação. Juntamente com o utente e família, toda a equipa multidisciplinar vai participar activamente no internamento e na recuperação do utente. No anexo VII encontra-se um exemplar de um plano individual de intervenção adequado.

Outro aspecto verificado na auto-avaliação foi a inexistência da avaliação da satisfação. Esta deve ser realizada aos utentes, colaboradores, parcerias, comunidade e familiares. Pode ser utilizado como instrumento de avaliação da satisfação dos utentes o SERVQUAL, e para os colaboradores e partes interessadas pode-se criar um questionário novo. Posteriormente elabora-se o relatório destas avaliações de satisfação e a sua divulgação.



Figura 17 – Intervenção do Projecto 3

Por último, como se observa nas figuras 18 e 19, a estratégia *forcing* propõem que se trabalhe nas falhas encontradas no FMEA, na formação sobre gestão de conflitos, nas reuniões de acompanhamento do processo de implementação e na elaboração do manual da qualidade..

A elaboração do FMEA permitiu verificar as falhas da trajectória do utente dentro da organização em estudo. Recomendam-se as seguintes acções de melhoria: 1) e 2) melhorar o sistema de agendamento e marcação das consultas atempadamente através da elaboração de um procedimento de consultas externa (o agendamento e marcação das consultas será bastante melhorado, uma vez que deverá ficar a uma pessoa responsável por este processo); 3) actualizar e melhorar o guia de acolhimento da organização; 4) aproveitar espaços físicos e adquirir algumas camas e diminuir as consultas de avaliação, através da elaboração de um procedimento de triagem em que haja uma diminuição destas consultas; 5) Recrutar enfermeiros. Para a gestão de conflitos dos colaboradores deverá existir uma parceria com a psicóloga da organização.

As reuniões de acompanhamento são importantes para verificar as dificuldades sentidas na implementação das acções e prevenir problemas, devendo ser realizadas uma por mês.

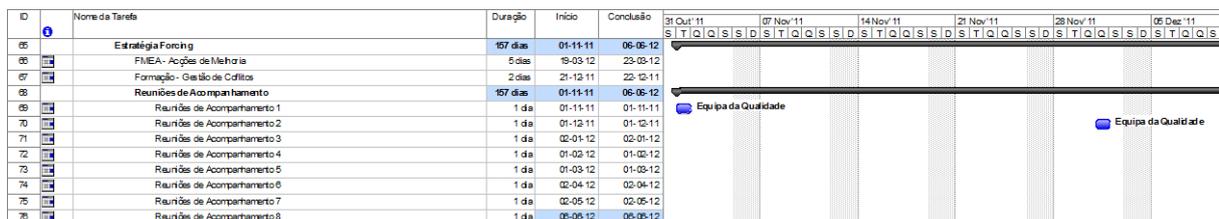


Figura 18 – Intervenção do Projecto 3

De modo a implementar um processo de certificação e acreditação da gestão da qualidade a organização deve realizar um manual da qualidade. Nele deve constar: 1) introdução; 2) âmbito da certificação; 3) legislação aplicável; 4) descrição da organização; 5) visão, missão e valores da organização; 6) política da qualidade; 7) sistema de gestão da qualidade; 8) comprometimento da gestão; 9) centralização do utente; 10) planeamento; 11)

responsabilidades, auditoria e comunicação; 12) processos; 13) documentação de suporte; 14) revisão pela gestão; 15) melhoria contínua.

ID	Nome de Tarefa	Duração	Início	Conclusão	07 Mai '12	14 Mai '12	21 Mai '12	28 Mai '12	04 Jun '12	11 Jun '12		
77	Manual da Qualidade	10 dias	07-05-12	16-05-12	D	S	T	Q	S	S	D	
78	Elaboração do Manual de Qualidade	10 dias	07-05-12	16-05-12	Equipa da Qualidade							

Figura 19 – Intervenção do Projecto 4

Após a conclusão da intervenção deve-se realizar a revisão do sistema através de formações em auditorias internas (figura 20). Segundo o grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Portugal. MS. ARSLVT, 2009), o processo de auditoria pressupõe a formação e treino inter-pares, a definição de critérios, indicadores e padrões de referência, de forma a obter-se uma avaliação subjectiva da qualidade. Defendem ainda que as auditorias deverão iniciar-se, internamente, em cada serviço, a partir de padrões de referência e, gradualmente, passar a ter uma componente de auditoria externa. Os resultados deverão, numa primeira fase, ser objecto de apreciação exclusivamente interna, servindo como instrumento central para a melhoria da prática clínica. Posteriormente, e numa perspectiva externa, deverão ser desenvolvidos procedimentos de *benchmarking* entre serviços com o mesmo nível de diferenciação e complexidade.

ID	Nome de Tarefa	Duração	Início	Conclusão	21 Mai '12	28 Mai '12	04 Jun '12	11 Jun '12	18 Jun '12	25 Jun '12	
79	Revisão do Sistema	40 dias	21-05-12	13-07-12	D	S	T	Q	S	S	D
80	Formação em Auditorias Internas	5 dias	21-05-12	25-05-12	Equipa da Qualidade						
81	Auditorias Internas	3 dias	28-05-12	30-05-12	Equipa da Qualidade						
82	Revisão do Sistema	5 dias	08-07-12	13-07-12							

Figura 20 – Revisão do Sistema do Projecto

## Capítulo IV – Conclusões

*“Garantir a segurança dos doentes e dos profissionais  
e melhorar a qualidade dos serviços de saúde são  
objectivos prioritários dos sistemas de saúde”*  
WHO (2003)

Neste capítulo são discutidos os dados apresentados anteriormente. Apresentam-se as limitações encontradas na elaboração do projecto e ainda possíveis propostas para futuros trabalhos de investigação.

### 4.1. Conclusões

É fundamental dotar a área da qualidade de uma estratégia clara e adequada a cada organização de saúde, permitindo o desenvolvimento sustentado de uma nova cultura que, de forma coerente e integrada, contribua para prover os cuidados de saúde de níveis de excelência ainda não atingidos (Vidigal, 2010).

O mesmo autor refere ainda que as organizações de saúde têm vindo a implementar mecanismos de auto e heteroavaliação que lhes permitam aferir a qualidade do serviço prestado e obter reconhecimento externo. Neste sentido, têm sido desenvolvidos instrumentos suportados em padrões que simplificam e sistematizam o processo de avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde (Oliveira; Sousa; Baylina, 2007).

Os modelos de gestão da qualidade total escolhidos pela organização em estudo foram a ISO 9001:2008 e EQUASS. Numa perspectiva mais global, ambos os modelos adoptam a perspectiva de um alinhamento de processos no âmbito de sistemas que lhes permite atingir uma cultura de qualidade. Este tipo de cultura reflecte-se quando os profissionais se sentem confortáveis para assumir os seus próprios erros. Deve minimizar o receio entre profissionais e deve existir um acompanhamento proactivo e não reactivo (Kruskal *et al*, 2009).

O plano de acção foi elaborado no sentido de possibilitar a implementação dos modelos EQUASS e ISO 9001:2008 na organização em estudo. Privilegiou o envolvimento dos clientes e partes interessadas por serem os aspectos com maior necessidade de melhoria.

O desenvolvimento deste projecto permitiu, antes de mais, ter contacto com o tema da qualidade total em organizações de saúde o que constituiu uma experiência bastante gratificante. Conseguiu ser vantajoso na perspectiva do que é a organização em estudo e do

que falta fazer para que esta seja valorizada, reconhecendo que a melhoria de qualidade terá que ser sempre um processo dinâmico originado não só pela exigência dos utentes mas também pela iniciativa dos prestadores.

Os factores críticos identificados na fase da concepção e organização do processo de acreditação da qualidade total da organização em estudo foram ao encontro do que a revisão da literatura refere. São eles: *gaps* de competências de liderança, planificação e organização dos serviços, resistência à mudança, erros de comunicação, fracos e escassos recursos Humanos (falta de formação e de pessoal para trabalhar apenas na implementação da qualidade) e ausência de registos (a instituição desenvolve várias actividades apesar de não os registar). Todos estes factores foram verificados durante a fase de elaboração deste projecto.

Pretende-se que este projecto seja uma mais-valia evidente para os utentes (acesso a cuidados consistentes e coerentes, práticas mais seguras e eficazes, conhecimento dos serviços restados pela organização, envolvimento e participação no seu plano de intervenção), para os profissionais (maior envolvimento com a organização, melhoria da qualidade da dimensão prática e clínica, orientações eficazes e contextualizadas, identificação de áreas necessitadas de formação) e para a organização (melhoria da organização e eficiência dos serviços, optimização de recursos e base de referência para programas de qualidade).

Através da realização do plano de acção será possível combater as limitações encontradas na análise organizacional, nomeadamente, na cultura existente, na liderança, no índice potencial motivador, no *commitment*, no HRO e nas falhas identificadas no FMEA. Permite ainda evidenciar todos os princípios, critérios e dimensões do modelo de gestão da qualidade total EQUASS e ISO 9001:2008. Tal é conseguido mantendo a motivação dos colaboradores e os seus laços afectivos à instituição através de um maior envolvimento com formações sobre missão, visão e valores, qualidade e liderança às chefias, elaboração de procedimentos de admissão, internamento, alta, consultas externas, gestão documental, planos de comunicação interna e externa, actualização de manuais (recursos humanos e elaboração manual de integração para novos colaboradores) e a avaliação de desempenho (permite diagnosticar e analisar o desempenho individual e colectivo dos colaboradores, promovendo o crescimento pessoal e profissional, melhorando o desempenho).

A avaliação da satisfação aos clientes, familiares, colaboradores e partes interessadas será uma mais-valia para a organização. Do mesmo modo, a implementação do plano individual

de intervenção permitirá um maior envolvimento do cliente, família e colaboradores melhorando o princípio do EQUASS “orientação para o cliente” (valor com percentagem mais baixa na auto e heteroavaliação).

Ao contrário de um objectivo que é atingido ou de uma estratégia que é cumprida, a missão de uma organização de saúde do terceiro sector é orientadora de um conjunto de comportamentos e desempenhos que visam mais o aspecto social do que o económico. Os recursos económicos escassos, edifício antigo, equipamentos carentes de manutenção, resistência à mudança e inovação são algumas dificuldades encontradas na organização em estudo. Assim, deve-se apostar na centralidade do cliente, num maior envolvimento da comunidade e na formação.

O plano de acção procurará garantir a melhoria da qualidade, reforçar a lealdade dos colaboradores, economizar recursos, reduzir os custos dos procedimentos, diminuir riscos, aumentar a segurança dos utentes e dos profissionais e agregar valores à imagem. Tudo isto deverá ser conseguido respeitando os princípios básicos (coerência com a identidade institucional, ética e legalidade, orientação dos recursos económicos em favor do destinatário, equidade e solidariedade, sobriedade, ausência de fins lucrativos e transparência) e os princípios operacionais (capacidade técnica, interacção das novas tecnologias, eficácia e eficiência, autofinanciamento e sustentabilidade, proactividade em relação às novas necessidades, estabelecimento de sinergias entre centros e províncias, e promoção da inovação).

A principal limitação deste estudo prende-se com o facto de ser um estudo de caso e não possibilitar qualquer generalização. Contudo, fica o seu registo e a sua implicação para as organizações de saúde do terceiro sector.

Levando em conta o que foi dito, espera-se que no futuro surjam mais trabalhos que venham a explorar o imenso potencial do tema aqui abordado e que possam contornar as limitações apresentadas. Emerge como perspectiva para trabalho futuro a análise dos factores críticos após implementação dos modelos ISO 9001:2008 e EQUASS. A avaliação do impacto da certificação e acreditação dos mesmos modelos para a performance da organização em estudo seria outra hipótese de estudo a realizar.

Como conclusão final, apenas falta referir que estes últimos meses se revelaram uma fonte enriquecedora de conhecimento e aprendizagem, tanto a nível académico como profissional e pessoal.



## Referências Bibliográficas

- Andrade, C.A. (2010), O Modelo EFQM como ferramenta e avaliação da TQM, ISCAC
- Antunes, L. (2009), *Qualidade para Principiantes*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Barros, P.P. e C. Dismuke, (2004), *Hospital production in Nacional Health Service: the physician's dilemma*, mimeo, Universidade Nova de Lisboa e Universidade do Minho.
- Blake RR, Mouton JS. (1989), *Comparing strategies for incremental and transformational change*, San Francisco, Jossey BAS.
- Bittar, O. (1999), *Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde*, Revista da Associação Médica Brasileira.
- Blumenthal, D. (1996), *Quality of health care: What is it?*, New England Journal of Medicine.
- Cameron, K. e Quinn, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture – Based on the Competing Values Framework*, Estados Unidos da América: Addison-Welsey.
- Campos, C. (2005) *Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde*, Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.
- Campos, L., Borges, M., Portugal, R., (2009), *Governança dos Hospitais*, Lisboa, Casa das Letras.
- Capelas, L., Paiva, A. (executado em 2001, 26.<sup>a</sup> actualização em 2008); *Manual Prático para a Certificação e Gestão da Qualidade com base nas Normas ISO 9000: 2000*, Verlag Dashofer.
- Chiavenato, I., F. (1995), *Introdução à Teoria Geral da Administração*, Makron Brooks.
- Creech, B. (1998), *Os cinco pilares da TQM*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Cremadez, M. (1992), *Le Management Stratégique hospitalar*, Masson.
- Dale, B.G. (2003), *Managing Quality*, Brackwell Publishing, 4<sup>th</sup> ed.
- Decreto-Lei nº15/2004. D.R. 1<sup>a</sup> Série – A.127 (31/05/2004) – *Aprova a reestruturação do Instituto Português da Qualidade*, I.P. (IPAC).
- Decreto-Lei nº15/2004. D.R. 1<sup>a</sup> Série – A.127 (31/05/2004) – *Cria o Instituto Português de Acreditação*, I.P. (IPQ).
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crises*, Cambridge, MIT.
- Donabedian, A. (1988), *Quality Assesment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means*. Inquiry, Vol. 25, N.º1, 173-192.

- Druker, Peter (1993), *Managing for results*, 1ª ed, Harper Collins, New Your.
- Druker, Peter (1994), *Administração de Organização sem fins lucrativos*, 2ª ed, São Paulo, Pioneira.
- Druker, Peter (1997) *Administrando para o future*, São Paulo, Pioneira.
- EFQM (2003), *Níveis de Excelência da EFQM, Committed to Excellence*; Associação Portuguesa para a Qualidade.
- European fundation for quality management (2003a), *Introdução à excelência*, EFQM Publications.
- European fundation for quality management (2003b), *Os conceitos fundamentais da excelência*, EFQM Publications.
- European fundation 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 fundation for quality management (2003d), *Excellence one toodbook for self-Assessment*, EFQM Publications.
- European fundation for quality management (2006), *European training modules, assessed version*, EFQM Publications.
- European fundation for quality management (1999a), *Avaliar a excelência – Um guia prático para o sucesso no desenvolvimento, implementação e revisão de uma estratégia de auto-avaliação nas organizações*, Brussels, EFQM.
- European fundation for quality management (1999b), *Os conceitos fundamentais da excelência*, Brussels, EFQM.
- European fundation for quality management (2009), *How to upgrade to the EFQM Excellence Model 2010*, Brussels, EFQM.
- European quality in social services (2008), *Certificação da qualidade dos serviços sociais*, Brussels, EQUASS.
- Feldman, L.B.; Gatto, M. A.; Cunha, I.C. (2005), *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação*. Acta Paulista de Enfermagem.
- Fernandes, E. (2000), *Qualidade de Vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador, Casa da Qualidade Editora Ltda.
- Ferreira, A. (2003), *Impacto de sistemas de incentivos na actividade dos médicos: um olhar sobre literatura com base empírica recente?* Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21:1 (2003), 7-16.
- Ferreira, J., J. Neves, N. Paulo e A. Caetano (1999), *Psicossociologia das Organizações*, Mc Graw Hill.

- Figueira, T., Brennan, T., Sternberg, R. (2008), *As lições de Gestão dos Clássicos*; Lisboa, Casa das Letras.
- Fortin, M. (1999), *O Processo de Enfermagem: Da concepção à realização*, Lisboa, Lusociência.
- Fragata, J.; Martins, L. (2008), *O erro em medicina: perspectiva do individuo, da organização e da sociedade*, Coimbra, Edições Almedina.
- Fragata, J. (2006), *Risco Clínico complexidade e performance*, Coimbra, Almedina.
- França, A.C. (2000) Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. Revista Brasileira de Medicina Psicossomática. Rio de Janeiro, Vol.1.
- Fonseca, M.D.D.M. (2007) *Terceiro Sector, Governabilidade e Balanced Scorecard*. Tese de Mestrado em Gestão global, ISCTE
- Garvin, D. (1987), *Competing na the eight dimensions of quality*, Harvard Bussiness review. P101-109, November - December.
- Gerson, R. (1998), *Medir a Qualidade e a Satisfação do Cliente: um guia para gerir um serviço de qualidade*, Lisboa, Monitor.
- Godfrey, A.B., (2001), *a ciência da qualidade*, São Paulo, Banas Qualidade.
- Gomes, D. (2000), *Cultura Organizacional, Comunicação e Identidade*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Guia da Interpretação da norma ISO 9001:2000
- Griffith Jr, King JG (2000), *Championship Management for Healthcare Organizations*. Health Manag.
- Hackman JR, Oldham Gr. (1980), *Work Redesign*, New York: Addison Wesley Publishing Company.
- Henriques, C.J.A. (2008), *Gestão da Qualidade total num serviço de saúde*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE.
- Hersey, P. e Blanchard, K. (1977), *Management of Organizational Behavior: Utilising Human Resources*, New Jersey, Prentice Hall.
- Hersey, P. e Blanchard, K. (1982), *Principles and Situationism: Both A response to Black and Mouton*, Group and Organization Studies.
- HFMA, Healthcare financial management association, (2002), *comprehensive performance management in the operating room*.
- Hudson, M. (1995), *Non Profit Organizations*.
- Instituto Português de Acreditação – Regulamento Geral de Acreditação DRC001. Caparica: IPAC, 2007. [Consult. 13 de Fevereiro de 2011]. Disponível em [www.ipac.pt](http://www.ipac.pt)

Instituto Português da Qualidade (1994); Norma Portuguesa 4239 de 1994.

IOM (Institute of Medicine), (2004), *Patient Safety: Achieving a new standard for care*, The Nacional Academies Press, Washington, D.C.

Ishikawa, K. (1986), *TQC: Total Quality Control: Estratégia e administração da qualidade*, São Paulo, IM&C Internacional.

Juran, J.M., (1988), *Juran on Planning for quality*, New York, NY: free Press.

Juran, J. (1995), *A History of Managing for Quality: The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality*, Milwaukee, ASQC Quality Press.

Juran, J. M. (1997), *A Qualidade desde o Projecto*, São Paulo, Pioneira.

Lopes, A., Capricho, L. (2007), *Manual de Gestão da Qualidade*, Lisboa, Editora RH.

Kaluzny A and Veney J. Health. (1980), *Service organizations: a guide to research and assessment*. Berkley: McCutchan Publishing Corporation.

Kruskal, et al. (2009), *Quality initiatives strategies for establishing a comprehensive quality and performance improvement program in a radiology department*, RadioGraphics 315-329.

Martin, I.; Paul, C.; Romcon, J. (2000), *Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal*, Psicologia, Saúde e Doença.

Meyer JP, Allen NJ. (1997), *Commitement in the workplace: Theory Research and Application*; Thousand Oaks: Sage Publications.

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

Mintzberg H. (2004), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa, D. Quixote.

Monteiro, A. (2000), *Qualidade dos Cuidados Hospitalares: A Voz dos Doente*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Morgan, K. (1996), *Imagens da Organização*, S. Paulo, Atlas.

Morgado, V. (2006), *Qualidade em Saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro*.

Neves, J. G. e Jesuíno, J. C. (1994), *Cultura Organizacional: Estudo Empírico com Base no Modelo dos Valores Contrastantes*, Psicologia.

Nogueira, L. (2008), *Gerenciando pela qualidade total em saúde*. 3ªed, Nova Lima: Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG).

Nunes, Francisco (1994) *As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos*, Revista Portuguesa de Gestão.

NP EN ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Quaidade, Requisitos.

NP EN ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade, Fundamentos e vocabulários.

NP EN ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade, Linhas de orientação para a melhoria de desempenho.

Oliveira, R; Sousa, A.; Baylina, P. (2007), *Serviços de Saúde e avaliação de desempenho: uma revisão da literatura*. In Encontro Nacional de Engenharia de produção, 27, Foz do Iguaçu, 9-11 de Outubro de 2007 – *A energia que move a produção: um dialogo sobre integração, projecto e sustentabilidade*. Foz do Iguaçu: Associação Brasileira de Engenharia da Produção (ABEPRO).

OMS – Organizzazzione mondile della salute (1988). *Qualita dei servizi sanitar*, Quaderni di saita pubblica.

Paladini, E. (2008), *Gestão estratégica da qualidade: princípios, métodos e processos*. 2ª ed. São Paulo: Atlas.

Peretti, M. (2001), *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pericles (2000), *Grupo de Trabalho para a Saúde: European Foundation for Quality Management*.

Pessoa, M. (2005), *A qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de Saúde* – in: revista Portuguesa de Enfermagem – Amadora – n.º4.

Pinto, A. & Soares, I. (2009), *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*, Lisboa, Edições Sílabo.

Pires, A. (1993), *Qualidade*, Edições Sílabo, Lda., 1.ª Edição.

Pires, A. (2000), *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*, Lisboa, Edições Sílabo.

Pires, A. (2007), *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*, 3ª ed. Lisboa, Edições Sílabo.

Portuga. Apcer (2003), *Guia interpretativo ISSO 9001:2000*. Lisboa: Associação Portuguesa de Certificação.

Portugal. MS. ARSLVT (2009), *Nos 30 anos do SNS: governação dos hospitais: conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde.

Portugal. MS. DGS – Plano Nacional da Saúde Nacional de Saúde: 2004-2010. Lisboa: Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2004. Vol. 1: Prioridades. Vol. 2: Orientações estratégicas.

Porras JI. (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.

Quinn R. (1991), *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Rego, M.; Porto, I (2005), *Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem*. Acta Paulista de Enfermagem.

Ribeiro, C. (2008), *O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard*.

Ribeiro, C.M.P. (2009), *Mudança Organizacional e Sistemas de Informação na Saúde*. Tese de Mestrado em Serviços de Saúde, ISCTE.

Rooney, A.; A.; Ostenberg, P. (1999) *Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*, Bethesda, MD: Center for Human Services (CHS) (Serie de Aperfeiçoamento sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade).

Schein, E. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, São Francisco, JosseyBass Pub.

Schein, E. (1999), *The Corporate Culture, Survival Guide*, Warren Bennis Book

Schyve, P. (2000), *The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission of Healthcare Organizations*, International Journal for Quality in Health Care; Vol. 12, Nº 3.

Seabra, S. A. K. (2007), *Acreditação em Organizações Hospitalares*, Porto Alegre, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Shaw, C. (2000), *External Quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project on visitatie accreditation*, EFQM and ISO assesment in European Union Countries; International Journal for Quality in Health Care; Vol. 12, N 3.

Silva, V. (2001), *Análise aos custos da qualidade*, Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas.

Silva, A. Et al. (2004), *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*, Lisboa, Editora Principia.

Simões, J. (2004), *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde – da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Almedina.

Sousa, C. (2009), *A Liderança e a cultura organizacional num grupo de saúde privado*. Tese de Mestrado em Gestão Empresarial, ISCTE.

Sousa, P. (2006), *Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional*. Acta médica Portuguesa.

Sweeney, J., Heaton, C. (2000), *Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care*, International Journal for Quality in Health Care; Vol. 12, N 3.

The Economist (1992); *The cracks in quality*; The Economist, 18 April.

Thomas K. (1976) *Conflict and Conflict Management*, In M. Dunnette (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Chicago: RandMcNally.

VILELAS, J. (2007), *Metodologias de Investigação da pesquisa quantitativa em ciências da saúde*. Monte da Caparica.

Vijandea, M.<sup>a</sup>., L. Santos e González L.I. Álvarez (2007), *Gestión de la calidad total de acordos com el modelo EFQM: Evidencias sobre sus afectivos en el rendimiento empresarial*. Universia. Business review – actualidad económica, primer trimestre.

Uchimura, K., Bosi, M. (2002), *Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços em saúde*, Cadernos de Saúde Pública, vol.18, N 6, Novembro/Dezembro.

Yin, R.K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*, Newbury Park: CA, Sage Publications.

Yin, R.K., (2005), *Estudo de caso – Planejamento e Métodos*, 3<sup>a</sup> ed, Porto Alegre, Bookman.

Weick KE, Quinn RB. (1999), *Organizational change and development*. Annual Review of Psychology.

Weick KE, Sutcliffe K. (2001), *Managing the Unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*, 1<sup>a</sup> ed. San Francisco.

Who. Are disease management programs (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).

#### Sites consultados na Internet:

Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/>

Associação Portuguesa para a Qualidade: [www.apq.pt](http://www.apq.pt)

Balanced Scorecard Collaborative: <http://www.bscoll.com>

EFQM: [www.efqm.org](http://www.efqm.org)

European Accreditation: <http://www.european-accreditation.org>

HOPE: <http://www.hope.be>

HQS: <http://www.hqs.org.uk>

Instituto da Qualidade em Saúde: <http://www.iqs.pt/>

Institute of Medicine: <http://www.iom.edu>

International Journal for Quality in Health Care: <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

IQIP – Portugal: <http://www.iqs.pt/iqip-portugal.htm>

ISQUA: <http://isqua.org.au>

JCAHO: <http://www.jcaho.org>

King`s Fund: <http://kingsfund.org.uk>

Ministério da Saúde – Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt>

<http://www.hospitaisepe.min-saude.pt>

OCDE: <http://www.oecd.org>

Plano Nacional de Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/sistema-de-saude/>

## Anexos

### Anexo I – História da Qualidade

Numa perspectiva histórica, Garvin (1992) descreve este desenvolvimento como uma evolução regular, porém não observa rupturas marcantes ao longo do tempo. O autor descreve a diferença entre as várias épocas definindo-as, classicamente, em quatro épocas: época da Inspeção da produção (dos primórdios aos anos 30 do século XX), época do Controlo Estatístico (entre os anos 30 e 50 do século XX), época da garantia de qualidade (entre os anos 50 e 70 do século XX) e época da Gestão integrada da qualidade total (entre os anos 70 do século XX e o início do século XXI). Kaye e Dyason (1995) acrescentam à descrição de Garvin, a época denominada “além da Gestão estratégica da qualidade”. Mantendo este pensamento evolutivo na actualidade, diferentes autores instituem uma quinta época, a partir do início do século XXI denominando-a de época da sustentabilidade.

Para todas as épocas, os autores relacionam as principais características através de seis dimensões: Liderança, Orientação estratégica para a qualidade, Melhoria contínua (interna e externa), resultados e Gestão de Recursos Humanos. De forma semelhante, as eras da qualidade propostas por Dooley (1998) são representadas por um modelo evolucionário que parte do paradigma pré-industrial (do latim *Caveat Emptor*), passando pelo paradigma industrial (*quality control*) e paradigma pós-industrial (Gestão da qualidade total). O primeiro paradigma é ou era ou baseava-se no princípio de que o consumidor era o responsável pela avaliação da qualidade dos bens ou mercadorias disponíveis no mercado. A revolução industrial veio elevar o nível do processo produtivo desenvolvendo-se práticas científicas, com o controlo estatístico de processos, propondo-se a sua standardização. Nas últimas décadas do século XX começou a enfatizar-se outros aspectos tais como: organizações que aprendem e são flexíveis, adaptam-se ao ambiente de mudança e ao cliente externo e fomentam a gestão participativa.

Powell (1995) credita á União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses (JUSE) o surgimento dos primeiros conceitos de qualidade em 1949. Já Deming defende o trabalho do Prof. Shewhart em Controlo Estatístico de processos nos anos 30 como marco inicial deste tema (Walton, 1989). Desde então, vários autores (Garvin, 1987, 1992, 1993; Crosby, 1990, 1984;

Juran, 1988, 1992; Deming, 1986; Sandholm, 1999) têm analisado a efectiva gestão da qualidade do produto e as suas perspectivas organizacionais.

As diferentes abordagens conceptuais apresentadas pelos principais autores da área da qualidade possuem pontos de concordância, tais como o comprometimento e a prioridade na satisfação do cliente externo e no atendimento de padrões e métodos para Gestão da Qualidade do produto. Juran (1990), ao propor regras e métodos para Gestão da qualidade, descreve a importância da promoção e envolvimento dos gestores. A visão da qualidade voltada para as características do produto final também é definida por autores como Ishikawa (1993) e Feingebum (1983). A abordagem de Crosby (1990) não privilegia o cliente final, mantendo assim uma visão de qualidade como “conformidade com os requisitos” e “fazer certo da primeira vez”, considerando parâmetros internos da empresa como essenciais. Sugere, deste modo, uma perspectiva estritamente fabril, privilegiando a prevenção de defeitos internos.

Os autores relevantes no histórico da Gestão da Qualidade, com excepção de Crosby, aproximam-se da descrição de Deming (1990), a qual diz que a qualidade pode ser a forma de conjugar valores que possam sustentar conceitos criativos na organização. Iniciara-se assim a orientação determinada pela alta administração em envolver o público interno e satisfazer o cliente externo. Por outro lado, Juran (1992) classifica qualidade como adequação ao uso, implicando que a organização terá que adequar a sua estrutura às necessidades de mercado. Neste contexto, o autor propõe dois focos relacionados à Gestão da Qualidade: o produto deve atender às necessidades dos usuários e deve primar pela ausência de deficiências. O autor sustenta que a qualidade é uma revolução contínua e, para o seu êxito, deve ser gerida como um processo. Esta gestão da qualidade é dividida em três processos básicos, conhecidos como Trilogia de Juran: planeamento da qualidade, controle de qualidade e melhoria da qualidade.

A relação entre as práticas de qualidade do produto e a qualidade num nível superior começou a ser discutida por autores como Garvin (1992); Dow, Samson & Ford (1999); Flynn, Schoeder e Sakakibara (1994). Para estes, a Gestão da qualidade deve promover uma abordagem integrada no alcance e sustentação da alta qualidade de produtos/serviços ao longo do tempo, com uma perspectiva estratégica de longo prazo. Desta forma acrescenta-se uma perspectiva em busca de uma abordagem mais ampla relacionada à estratégia, diferente da classicamente definida pelos primeiros autores. Mylor (2000) completa esta visão, afirmando

que o impacto da qualidade deve considerar a organização como um todo e não somente a sua organização.

A evolução do conceito de qualidade é apresentada por diferentes autores como uma transformação que se desenvolveu ao longo das últimas décadas como refinamento conceptual relacionado com o contexto histórico e as necessidades organizacionais existentes.

A época da Inspeção caracteriza-se por prezar as técnicas de inspecção da qualidade interna e controle rigorosos da análise da qualidade do produto.

Com o desenvolvimento da industrialização e o aparecimento da produção em massa, foi necessário um sistema baseado em inspeções, onde um ou mais atributos do produto eram examinados, medidos ou testados, a fim de garantir sua qualidade. Assim, como descreve Paladini “toda a ênfase do Controle da Qualidade esteve voltada para os procedimentos da avaliação da qualidade de produtos e serviços, com a estruturação e técnicas de inspecção” (Paladini, 1995).

No início do século XX, Frederic W. Taylor, um engenheiro industrial criou os fundamentos ou princípios da administração científica, e G.S. Radford, com a publicação do livro *The control of quality in manufacturing*, legitimaram a função do inspector de qualidade, delegando a ele a responsabilidade e autoridade pela qualidade dos produtos e a ênfase centrou na conformidade. Esta fase prevaleceu por muitos anos, não havendo uma análise crítica das causas do problema ou dos defeitos.

O Taylorismo continua a ser ainda hoje um sistema largamente prevalecente em muitas empresas, onde a separação entre a gestão e a força de trabalho não constitui a melhor forma de motivação para uma melhoria de qualidade (Ramos, 1996). A época do controlo (estatístico) da qualidade apresenta como característica principal o início da utilização de conceitos estatísticos, incluindo práticas de detecção de falhas e análise dos factores da qualidade (Garvin, 1992).

Na década de 1930, já saindo da Administração científica de Taylor e Fayol e entrando na Escola das Relações Humanas de Elton Mayo, alguns desenvolvimentos significativos começaram a acontecer, entre eles o trabalho pioneiro de investigadores para resolver problemas referentes à qualidade dos produtos da *Bell Telephone*, nos Estados Unidos. Este grupo pioneiro da qualidade era composto por: Walter A. Shewhart criador da carta de

controlo foi aluno do professor Clarence Irwin Lewis com a a teoria pragmática do conhecimento, Harold Dodge, Harry Romig, G.D. Edwards e, posteriormente, Joseph Juran que dedicou esforços consideráveis em pesquisas que levavam ao surgimento do controlo estatístico de processos.

Shewhart foi o mestre de W.E. Deming, sendo este o primeiro a reconhecer a variabilidade como factor inerente aos processos industriais e a utilizar técnicas estatísticas no controle de processos. Uma ferramenta poderosa desenvolvida por ele na época foi o Gráfico de Controlo de Processo, muito utilizada ainda hoje.

Neste período surge a técnica de amostragem criada por Dodge e H. Romig (Garvin, 1992), nos Estados Unidos, que teve muita aceitação. Programas de capacitação de pessoal começaram a ser oferecidos em larga escala nos EUA e Europa Ocidental, para controlo de processos e técnicas de amostragem.

Em Julho de 1944 era lançado o primeiro jornal especializado na área de Qualidade, *Industrial Quality Control*, que deu origem mais tarde à revista mundialmente conhecida, *Quality Progress*, editada pela *American Society for Quality Control (ASQC)*. A ASQC foi fundada em 1946 a partir da formação, em Outubro de 1945, da *Society of Quality Engineers*, tornando-se a fonte impulsionadora da disseminação dos conceitos e técnicas da Qualidade no Ocidente e no Japão com a JUSE- Associação dos engenheiros e cientistas japoneses.

Entre 1950 e 1960, em plena actividade da Escola de Recursos Humanos e com contributo de Maslow, McGregor e Herzberg no estudo da motivação humana, muitos trabalhos foram publicados no campo da qualidade. Foi criada a prevenção e as técnicas foram mais além das ferramentas estatísticas, incluindo conceitos, habilidades e técnicas de gestão.

Os quatro principais movimentos que compõe esta era são: a quantificação dos custos da qualidade; controlo total da qualidade; as técnicas de fiabilidade; programa zero defeitos de P. Crosby.

Os custos da qualidade dão sustento ao programa da Qualidade e foram abordados pela primeira vez por Juran na publicação do livro *Quality Control Handbook*, em 1951, que sinalizava aos gestores os impactos das acções de qualidade sobre os custos industriais, em especial os resultantes das falhas internas e externas nos produtos. Juran demonstrou com base em factos e dados a evidência dos custos da qualidade ou da não qualidade, sendo que o

ideal seriam acções preventivas para reduzir custos. Philip Crosby aprofundou a contribuição pioneira de Juran no conhecimento sobre os custos da qualidade ou da não qualidade.

No ano de 1956, Armand Feigenbaum formulou e sistematizou os princípios daquilo a que chamou de *Total Quality Control* – TQC, cujo objectivo básico era o de criar um controle preventivo, desde o início do projecto até à entrega final ao cliente, com base num trabalho multifuncional.

Feigenbaum definiu a sua filosofia básica: “a alta Qualidade dos produtos é difícil de ser alcançada se o trabalho for feito de maneira isolada”. Desta forma, era necessário o envolvimento de todas as áreas da empresa para garantir a qualidade do produto e serviço. O seu trabalho foi o principiadador das normas de sistema de Garantia da Qualidade a nível mundial, que mais tarde, na década de 1980, deram origem à norma internacional ISO 9000 (International Organization for Standardization-1987) com sede em Genebra.

Na implementação e aperfeiçoamento das técnicas de fiabilidade, as teorias de probabilidade e estatística foram estudadas com profundidade. O objectivo foi o de evitar falhas do produto ao longo da sua vida útil. Esta época da Garantia da Qualidade evidenciou-se pela valorização do planeamento para obtenção da Qualidade, da coordenação das actividades entre os departamentos, do estabelecimento de padrões da Qualidade, além das técnicas estatísticas.

Tanto Feigenbaum como Juran perceberam a necessidade de as empresas desenvolverem um novo tipo de especialista, não só de conhecimento de estatística, mas principalmente de gestão surgiu assim o engenheiro da Qualidade (Campos,1994).

Esta evolução culmina com a época da Gestão pela Qualidade Total (GQT), a qual concilia todos os principais conceitos observados nas épocas anteriores, procurando o desenvolvimento de uma visão de mercado e sustentação do negócio (Garvin,1992). Podemos falar do seu início a partir da invasão no mercado americano dos produtos japoneses de alta qualidade, no final da década de 1970.



## Anexo II – Versão 2010 do Modelo do EFQM

Versão 2010	Versão 2003	Principais mudanças no conteúdo
Conseguir resultados equilibrados	Orientação face aos resultados	<i>Desenvolve um conjunto de resultados chave necessários para controlar o progresso a respeito da visão, missão e estratégia permitindo aos líderes adoptarem decisões mais eficazes e eficientes.</i>
Adicionar valor para os clientes	Orientação para o cliente	<i>Centrado em definir e comunicar com clareza a proposta de valor e a participação activa dos clientes nos processos de desenho do produto e serviços.</i>
Liderar com visão, inspiração e integridade	Liderança e coerência nos objectivos	<i>Conceito mais dinâmico, centrado na capacidade dos líderes se adaptarem, reagirem e ganharem o compromisso de todos os grupos de interesse ao fim de ganhar a continuidade do êxito da organização.</i>
Gestão por processos	Gestão por processos e factos	<i>Centrado como um desenhador dos processos para realizar a estratégia, como uma gestão de princípio ao fim mais além dos limites "clássico" da organização.</i>
Alcançar êxito através das pessoas	Desenvolvimento e implicações	<i>Centrado em criar um equilíbrio entre as necessidades estratégicas da organização e as expectativas e aspirações pessoais das pessoas com o objectivo de ganhar compromisso e participação.</i>
Promover a criatividade e a inovação	Aprendizagem, inovação e melhoria contínua	<i>Agora o conceito encontra a necessidade de desenvolver e envolver-se nas redes e fazer participar todos os grupos de interesse como fontes potenciais de criatividade e inovação.</i>
Construir parcerias	Desenvolvimento das parcerias	<i>O conceito foi ampliado para incluir parcerias mais além da cadeia de abastecimento e reconhece que para alcançar êxito deveriam basear-se nos benefícios mútuos sustentáveis.</i>
Responsabilidade para um futuro sustentável	Responsabilidade social e corporativa	<i>O conceito responsabiliza-se activamente no comportamento e nas actividades da organização e verifica o seu impacto na comunidade em geral.</i>

### Elementos fundamentais do EFQM

Fonte: Adaptado do site oficial do EFQM. [www.efqm.org](http://www.efqm.org)

Versão 2010	Versão 2003	Principais mudanças no conteúdo
Liderança	Liderança	<i>1a ética é adicionada como modelo de referência. 1b situa os líderes como sendo impulsionadores de rendimento e desenvolvimento da capacidade. 1c agora inclui as razões para que os líderes devam envolver-se com os grupos de interesse e com a necessidade de transparência e de informar informação sobre o progresso. 1d ficou mais explícito o afecto inspirador dos líderes. 1e Integra o factor flexibilidade e a capacidade de tomar decisões dos líderes na hora de compreender e impulsionar a mudança.</i>
Estratégia	Política e estratégia	<i>2a mais focado em compreender o ambiente externo. 2b maior ênfase no interno e adicionar-se as capacidades. 2c agora o termo sustentabilidade integra-se com a estratégia e acrescenta a compreensão do modelo de negócios/impulsores. 2d excluir-se a vinculação directa com os processos mas faz-se uma explícita vinculação com os resultados.. Do mesmo modo, igualmente, fecha-se um círculo com este critério com o refinamento oportuno e com a reconsideração das opções estratégicas.</i>
Pessoas	Pessoas	<i>3a planos de recursos humanos directamente vinculados com a estratégia e resultados. 3b agora utiliza-se o termo capacidades, com uma maior orientação de futuro. 3c acrescenta-se um alinhamento assim como um envolvimento das pessoas por exemplo, eficácia e eficiência. 3d enfoca as próprias pessoas com comunicadores e actores na hora de partilhar o que funciona. 3e introduzir-se os conceitos de conciliação da vida laboral e pessoal e o apoio de atenções mútuas. Também se introduz o conceito da participação das pessoas na sociedade em geral.</i>
Parcerias e recursos	Parcerias e recursos	<i>4a acrescenta-se fornecedores para uma cobertura mais ampla e ressalta o funcionamento mútuo para relações a longo prazo. 4b enfoque mais claramente claro com o financiamento para assegurar o êxito e acrescentar coerência à planificação financeira a curto e longo prazo. 4c acrescenta o conceito de recursos naturais demonstram a capacidade de rastrear 4d melhora a necessidade de uma carteira de apoio da estratégia. 4e melhorar o enfoque como o factor chave para apoiar na tomada de decisões e acrescenta-se a consciencialização e ao uso de redes como fonte de conhecimento.</i>
Processos, produto e serviços	Processos	<i>5a situa-se agora como uma parte dos sistemas de gestão, integrando-se nos aspectos do artigo 5b. Acréscena-se o termo optimização. 5b o novo 5b é uma versão melhorada do 5c. 5c um critério completamente novo para destacar estas actividades essenciais da organização (incluindo organizações sem lucros, o sector público). 5d igual ao antigo 5d mas mais focado em comunicar a proposta de valor e reforçar o ciclo de vida útil do produto/serviços. 5e como o antigo 5e reforça a necessidade de melhorar a oferta e envolver também os clientes para o uso responsável dos produtos e serviços.</i>

### Critérios do EFQM

Fonte: Adaptado do site oficial do EFQM. [www.efqm.org](http://www.efqm.org)



### Anexo III – Fluxogramas

Admissão						
INPUT	FLUXOGRAMA	OUTPUT	RESP			DESCRIÇÃO
			R	P	I	
<p>Contacto: email; telefone; fax; carta; presencial</p> <p>Modelo do Processo Clínico</p> <p>Credencial de internamento Documentos de identificação do utente</p> <p>Processo Clínico</p>	<pre> graph TD     Inicio([INÍCIO]) --&gt; Recepcao[Recepção do pedido de internamento]     Recepcao --&gt; Triagem[Triagem]     Triagem --&gt; Decisao{Marcação de consulta?}     Decisao -- Não --&gt; Conector((1))     Decisao -- Sim --&gt; Analise[Análise da conformidade dos documentos]     Analise --&gt; Marcao[Marcação de Consulta]     Marcao --&gt; Criacao[Criação do Processo Clínico ou levantamento de processo existente]     Criacao --&gt; Fim{{}}         </pre>	<p>Registo na ficha de Triagem</p> <p>Registo da Consulta no CSI</p> <p>Processo Clínico</p>	<p>Adm.</p> <p>Enf</p> <p>Enf</p> <p>Adm.</p> <p>Adm.</p> <p>Adm.</p>	<p>Adm. Ut S</p> <p>Enf. Ut. S</p> <p>Adm.</p> <p>Adm. Ut. S</p>	<p>Registo na agenda do médico</p> <p>Identificação dos documentos que constituem o processo clínico</p>	<p>Adm. – Administrativo Ut. – Utente S - Significativo Enf. – Enfermeiro Med. - Médico</p>

Internamento						
INPUT	FLUXOGRAMA	OUTPUT	RESP			DESCRIÇÃO
			R	P	I	
<p>Lista de bens e valores Processo clínico Guia de acolhimento</p> <p>Lista de bens e valores preenchida</p>	<pre> graph TD     Inicio([Início]) --&gt; Acolhimento[Acolhimento]     Acolhimento --&gt; Envio[Envio de lista de bens e valores ao DAF]     Envio --&gt; PII[PII]     PII --&gt; Decisao{Continuidade do internamento na mesma unidade?}     Decisao -- Sim --&gt; PII     Decisao -- Não --&gt; Alta[Alta]     Decisao -- Não --&gt; Transferencia[Transferência]     Alta --&gt; Fim([Fim])     Transferencia --&gt; Fim           </pre>	<p>Lista de bens e valores preenchida Processo clínico – registro no diário de enfermagem</p>	<p>Enf</p> <p>Enf</p> <p>Enf</p> <p>Tec. Ref.</p> <p>Med.</p> <p>Med.</p>	<p>Enf</p> <p>Ut. S</p>	<p>Lista de bens e valores – IT (distinguir bens que são entregues).</p> <p>Lista de bens e valores enviada ao DAF nos casos de entrega de valores.</p>	<p>Ut. - Utente Adm. – Administrativo Enf. – Enfermeiro Med. - Médico S – Significativo Tec. De Referência</p>

## Alta Programada

INPUT	FLUXOGRAMA	OUTPUT	RESP			DESCRIÇÃO	
			R	P	I		
<p>PII Informação clínica de alta</p>	<pre> graph TD     Inicio([Início]) --&gt; Programação[Programação da alta clínica]     Programação --&gt; Comunicação[Comunicação da alta aos significativos]     Comunicação --&gt; AltaClínica[Alta Clínica]     AltaClínica --&gt; Registo[Registo da alta]     Registo --&gt; Emissão[Emissão e envio de nota de alta e consumos terapêuticos aos serviços administrativos]     Emissão --&gt; Envio[Envio do Processo Clínico para arquivo]     Envio --&gt; Arquivo[Arquivo do Processo Clínico]     Arquivo --&gt; Fim([Fim])         </pre>	<p>Processo clínico – registo no Diário de enfermagem</p>	Med.			<p>A alta programada resulta da avaliação do PII</p> <p>Comunicação realizada por telefone ou presencialmente.</p> <p>O receituário e carta médica são entregues ao utente.</p> <p>O enfermeiro entregue a nota de alta de enfermagem, assim como os valores e bens e exames auxiliares de diagnóstico ao utente ou significativo.</p>	
<p>Receituário Carta médica</p>		<p>Registo da alta no Processo Clínico - Diário Clínico Receituário preenchido Carta médica</p>	Med.				
<p>Diário de enfermagem Nota de alta de enfermagem</p>		<p>Diário de enfermagem preenchido Nota de alta de enfermagem preenchida</p>	Enf.				
<p>Registo de consumos terapêuticos Nota de alta</p>		<p>Folha de consumos preenchida Nota de alta preenchida</p>	Enf.				
<p>Processo clínico</p>		<p>Envio do Processo Clínico para arquivo</p>	Enf.				
<p>Processo clínico</p>		<p>Processo clínico arquivado</p>	Adm.				

Med. - Médico Assistente  
Adm. - Administrativo  
Enf. - Enfermeiro  
Tec. Ref. - Técnico de Referência



## Anexo IV – Tabela Auto e Heteroavaliação

PRINCÍPIOS	DIMENSÕES	CRITÉRIOS	INDICADORES DESEMPENHO	AUTOAVALIAÇÃO	HETEROAVALIAÇÃO	
LIDERANÇA	Visão, Missão & Política Qualidade	1. Define e documenta a Visão e Missão e aplica-a nos seus serviços	1. Visão e Missão Documentadas	- Documentos capitulares; - Guias de acolhimento dos colaboradores.		
			2. Visão e Missão Aprovadas pelos Órgãos de Gestão	- Plano de gestão anual; - Achas do conselho de direcção;		
			4. Colaboradores conhecem Visão e Missão	- Formação; - Registo de sumários e presenças.	- Plano de comunicação Interna; - Avaliação de desempenho a todos os colaboradores; - Avaliação da satisfação dos colaboradores; - Guia de acolhimento a novos colaboradores.	
			6. Comunicados valores às partes interessadas	- Pagina Web; - Panfletos; - Circulares normativas; - Cartazes afixados; - Encontros com as famílias.	- Canetas ou outros brindes com os valores do CPNSF escritos; - Formação sobre os valores aos estagiários.	
			7. Disseminados valores pelos colaboradores	- Actas de reuniões; - Planeamento anual; - Jornal; - Boletins Informativos.	- Plano de comunicação interna;	
		2. Define, documenta e implementa PQ, identifica metas,obj. c/ compromisso de melhoria contínua	3. Política da Qualidade documentada		- Definir a política da qualidade do CPNSF; - Elaboração do manual da qualidade.	
			5. Colaboradores conhecem PQ		- Formação aos colaboradores sobre a política da qualidade do CPNSF; - Avaliação de desempenho; - Elaboração do manual da qualidade.	
			3. Clientes, famílias/significativos, partes interessadas têm oportunidade de avaliação dos serviços	8. Informação disponível sobre desenvolvimento 8.1. serviços/programas; 8.2 - processos/procedimentos, 8.3 - envolvimento/desenvolvimento de clientes; 8.4 - envolvimento/desenvolvimento colaboradores;8.5 - Desempenho da organização; 8.6 - eventos da organização	- Pagina Web; - Panfletos; - Trabalhos realizados pelas utentes; - Jornadas; - Concursos artísticos e científicos; - Participação de clientes em reuniões de equipa; - Plano de Formação; - Reuniões de Equipa; - Plano estratégico; - Plano de actividades; - Relatório de Actividades; - Fotografias; - Lista de eventos; - Dossier de imprensa.	- Documentar processos e procedimentos; - Plano Individual de intervenção;
				9. Partes interessadas têm possibilidade de dar parecer sobre serviços	- Caixa de sugestões; - Inquéritos de satisfação das partes interessadas.	- Actas de reuniões.
				10. Existe um plano recolha parecer de clientes e colaboradores		- Inquérito de satisfação; - Actas de reuniões; - Mapa de reuniões.
	4. Informa partes interessadas sobre serviços disponíveis	11. Há registo n° clientes envolvidos na revisão dos serviços	- Listagem de utentes.	- Plano Individual de Intervenções.		
		12. As partes interessadas conhecem os serviços e programas	13. Existe um Sistema de Gestão da Informação	- Pagina Web; - Panfletos; - Sessões informativas.	- Definição de acessos, responsabilidades e arquivo; - Procedimento de Gestão Documental.	
			14. Procedimentos para Actualização do Sistema Gestão Informação	-	- Procedimento de Gestão Documental.	
			5. Introduzidas Inovações por necessidades das partes interessadas	15. Identificadas necessidades das partes interessadas para promover Inovação	- Análise SWOT (confirmar se foca as necessidades das partes interessadas); questionário lançado pela comissão estratégica do Instituto.	- Identificação de necessidades por entidades externas, e recolha de sugestões e reclamações.
	6. Gerida e documentadas as inovações & resultados	16. Projectos inovação documentados		- Nos últimos 2 anos – fases de planeamento acompanhamento, e avaliação de projectos e programas terapêuticos (como está organizada a documentação dos projectos?)	- Projectos – fichas de acompanhamento e resultados.	
	Contributo para a sociedade	7. Demonstra sucesso na satisfação de necessidades & expectativas da sociedade	17. Resultados comprovem sucesso na satisfação de necessidades sociedade	- Prémios de reconhecimento; - Memórias; - Balanço de cada serviço; - Criação de novos serviços; - Evolução.	- Prémios de reconhecimento; - Memórias; - Balanço de cada serviço; - Criação de novos serviços; - Evolução.	
			18. Demonstra impacto de programas/serviços na sociedade	- N.º de casas/região; - N.º de utentes; - N.º de colaboradores; - Participação em jornadas; - Participação em acções de sensibilização na comunidade.	- n.º de colaboradores/ população activa e n.º de estágios aceites.	
		8. Demonstra responsabilidade social c/ iniciativas que contribuem p/ sociedade	19. Envolvida em actividades sociais/comunitárias na sociedade	- Protocolos com entidades locais ex. bombeiros	- Dossiers de Projectos.	

<b>DIREITOS</b>	<i>Direitos e deveres</i>	9. Informa clientes de seus direitos e deveres (igualdade oportunidades)	20. Clientes informados de direitos e deveres	- Carta de direitos e deveres; - Guia de acolhimento a clientes.	- Atualização da carta de direitos e deveres; - Afixação da carta de direitos e deveres; - Atualização do guia de acolhimento a clientes.
			21. Carta de Direitos	- Regulamento do Instituto.	- Uniformização da carta de direitos a todas as casas do instituto; - Regulamento do Instituto.
			24. Colaboradores têm entendimento comum sobre direitos & deveres dos clientes	- Registos da Formação; - Reuniões; - Manual de integração.	- Instrumentos para medir o entendimento comum; - Manual de Integração.
		10. Sistema de gestão de reclamações (registo feedback clientes...)	22. Procedimentos para reclamações		- Procedimentos de sugestões e reclamações.
			23. Sistema de gestão de reclamações documentado		- Procedimentos de sugestões e reclamações.
<b>ÉTICA</b>	<i>Política de ética</i>	11. Define e documenta Política Ética (respeito e garantia dignidade cliente; promover justiça social)	20. Política Ética que assume e respeita dignidade clientes	- Valores e missão institucionais, e comissão de ética.	- Código de ética; - Reuniões da Equipa de ética.
			27. Procedimentos de confidencialidade		- Procedimentos de gestão documental.
		12. Defina princípios e valores orientadores de comportamentos (confidencialidade, integridade, rigor, privacidade)	28. Procedimentos para acesso, partilha e disseminação informação do cliente		- Procedimentos de gestão documental.
			29. Procedimentos confidencialidade e acesso revistos bianualmente e c/ colaboradores e clientes		- Avaliação do procedimento de Gestão documental e recolha de sugestões e reclamações.
			30. Colaboradores informados dos valores e princípios que regem comportamento	Formação nas reuniões de equipa.	Formação nas reuniões de equipa.
<i>Papéis e responsabilidades</i>	13. Define papéis, responsabilidades, competências e inter-relação colaboradores	31. Funções e responsabilidades dos gestores definidas e documentadas	- Manual de Recursos Humanos – definição de funções e responsabilidades dos gestores.	- Manual de Recursos Humanos – definição de funções e responsabilidades dos gestores.	
		32. Funções e responsabilidades directos colaboradores definidas e documentadas	- Manual de Recursos Humanos – definição de funções e responsabilidades dos colaboradores.	- Manual de Recursos Humanos – definição de funções e responsabilidades dos colaboradores.	
	14. Requisitos de competências para responsabilidades e funções identificados e avaliados anualmente	33. Competências necessárias identificadas e avaliadas anualmente		- Avaliação de desempenho a todos os colaboradores.	
<b>PARCERIAS</b>	<i>Parcerias na prestação do serviço</i>	15. Trabalha em parceria com outras organizações	34. Partes interessadas envolvidas na prestação de serviços		- Listagem de parcerias; - Plano Individual de Intervenção; - Actas de reuniões com famílias e outras partes interessadas.
			35. Partes interessadas envolvidas no planeamento de serviços	- Reuniões com actas com as associações de famílias;	- Plano Individual de Intervenção.
		16. Trabalha em parceria com clientes e partes interessadas no desenvolvimento de programas	36. Desenvolvimento de programas em parceria com outras organizações		- Listagem de parcerias (enumerar parcerias, objectivos, acções, datas, resultados); - Rever e formalizar as parcerias.
			37. Avaliação bianual do valor acrescentado das parcerias		- Procedimento de avaliação de parcerias.
<b>PARTICIPAÇÃO</b>	<i>Envolvimento dos clientes</i>	17. Envolve clientes activamente no planeamento e revisão de serviços	38. Procedimentos para envolvimento dos clientes (planeamento e revisão serviços)		- Procedimento do plano individual de intervenção; - Procedimento de reclamações e sugestões; - Actas de reuniões.
			39. Promoção activa da participação dos clientes na comunidade		- Implementar o PII – Actividades que envolvem a participação dos clientes na comunidade; - Listagem de actividades na comunidade com envolvimento dos clientes.
			40. Participação dos clientes em actividades de planeamento e revisão		- Implementar o PII; - Implementar actividades que envolvam a participação dos clientes;
			41. Promoção da participação dos clientes conforme necessidades		- Implementar o PII.
			42. Articulação de medidas, procedimentos e actividades com clientes		- Implementar o PII.
		18. Promove avaliação anual do envolvimento dos clientes (individual ou colectiva)	43. Revisão anual das medidas, actividades e procedimentos para participação dos clientes		- Implementar o PII.
			19. Organiza programas de intervenção baseados na avaliação das necessidades	44. Identificação dos clientes e partes interessadas actuais e potenciais	- Questionário de diagnóstico externo feito em todos os centros.
45. Identificação das necessidades dos clientes actuais e potenciais	- Questionário de diagnóstico externo feito em todos os centros.	- Implementar o PII; - Levantamento de necessidades – rede social.			
46. Identificação das necessidades das entidades financiadoras	- Questionário de diagnóstico externo feito em todos os centros.				
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>	<i>Identificação dos requisitos do cliente</i>				

			47. Disponibilização de informação (< 3 anos) sobre levantamento de necessidades	- Questionário de diagnóstico externo feito em todos os centros.	
			48. Identificação das necessidades do mercado para novos serviços		
	20. Implementa os programas de forma coerente e consistente com necessidades identificadas		49. Determinação da taxa de sucesso na prossecução de objectivos e satisfação das necessidades		- Avaliação de planos de cada unidade realizados anualmente. Associados a uma taxa de sucesso dos objectivos do PII.
			50. Taxa de sucesso expressa em % de objectivos alcançados e de clientes/partes interessadas satisfeitos		- Avaliação de planos de cada unidade realizados anualmente.
	21. Implementa planos individuais a partir de necessidades de clientes		51. Plano Individual baseado nas necessidades dos clientes		- Implementação do PII;
			52. Plano Individual contempla expectativas do cliente; metas; obj. específicos mensuráveis; métodos; colaboradores responsáveis		- Implementação do PII;
			53. Plano Individual assinado pelo cliente		- Implementação do PII;
	22. Documenta planeamento dos serviços através de um Plano Individual		54. Revisão anual do Plano Individual, de acordo com obj pré-definidos		- Implementação do PII;
			55. Revisão do Plano Individual considerando opinião do cliente		- Implementação do PII;
ABRANGÊNCIA	Descrição do processo de prestação do serviço	23. Identifica, documenta e mantém processos-chave (de acordo com Missão, Visão e Política Qualidade)	56. Identificação e documentação dos processos e procedimentos chave		- Documentar os processos Chave;
			57. Mecanismos de validação da coerência e alinhamento do funcionamento da organização com processos de trabalho e obj. definidos no plano anual	- Relatório anual; - Avaliação semestral do plano; - Relatórios de execução; - Balanced scorecard.	
		24. Revê e controla processos-chave	58. Sistema de identificação e introdução de alterações aos serviços por mudanças de necessidades	- Reuniões semanais e mensais com toda a equipa técnica.	- laboração do PII; - Procedimento de Sugestões e Reclamações; - Levantamento de necessidades; - Plano de acções de melhoria.
			59. Documentação das alterações aos serviços		- Documentar as alterações de serviços; - Plano de acções de Melhoria;
			60. Envolvimento de clientes, colaboradores e partes interessadas na revisão de serviços	- Existem alguns projectos individuais em que são aplicados inquéritos aos utentes; - Reuniões de equipa com envolvimento de todos os colaboradores.	- Aplicar o PII; - Aplicar questionários de envolvimento.
		25. Assegura contínuo de serviços desde detecção de necessidades e acompanha os casos constantemente	61. Colaboradores têm entendimento comum sobre processos chave e suas responsabilidades		- Formação de colaboradores sobre processos.
	62. Definição e documentação da forma de coordenação e articulação dos serviços		- Fluxogramas; - Protocolos;	- Mapa de processos.	
	63. Avaliação periódica dos processos chave para garantir acessibilidade e disponibilidade de serviços (ao encontro das necessidades dos clientes)			- Monitorização e avaliação dos processos chave; - Auditorias Internas.	
	64. Avaliação anual da continuidade dos serviços		- Através do relatório anual dos serviços.	- Avaliação da continuidade de serviços.	
	26. Desenvolve conjunto integrado e multidisciplinar de serviços (promoção integração e inclusão)	65. Identificação e reporte anual de barreiras ao acesso e continuidade de serviços	- Algumas são identificadas, mas não sabem se estão documentadas; - Relatórios semestrais de serviço.	- Documentação da análise de barreiras ao acesso da continuidade de serviços; - Relatório anual com base na avaliação da continuidade de serviços.	
		66. Multidisciplinaridade assegurada, com mobilização de diferentes locais e parceiros	- Protocolos com outras instituições de saúde; - Equipas Multidisciplinares.		
	Abordagem holística	27. Implementa serviços numa abordagem holística, c/ base nas necessidades dos clientes e p/ aumentar qualidade de vida	67. Plano Individual mobiliza diversas áreas de competência		- PII – Equipa Multidisciplinar.
			68. Definição da qualidade de vida para cada cliente		- PII (incluir definição de qualidade de vida, utilização de escalas).
			69. Promoção da qualidade de vida pelos serviços da organização ou entidades parceiras		- PII.
		70. Reporte da eficácia dos serviços		- Relatório anual – Avaliação dos PII.	
71. Plano Individual contém qualidade de vida do cliente			- PII (Contém a definição de qualidade de vida para cada cliente).		
28. Identifica competências e aptidões dos colaboradores p/ promover qualidade de vida do cliente	72. Avaliação das competências e aptidões dos colaboradores para promover a qualidade de vida		- Implementar a Avaliação de desempenho.		

<b>ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS</b>	<i>Medição de resultados</i>		73. Comparação dos obj definidos no Plano Individual comos resultados obtidos na prestação do serviço		- PII; - Avaliação dos PII; -		
			29. Identifica resultados alcançados e assegura avaliação/revisão formal, periódica e independente	74. Avaliação do desempenho da organização por entidade de controlo independente	- Alguns serviços; - DGERT; - HACCP; - ARS; - Relatório de actividades enviado às entidades financiadoras; - Envio mensal de estatísticas para o ministério da saúde.		
				75. Medição do desempenho da organização face a obj. definidos	- Planeamento anual e Relatório anual e avaliação qualitativa trimestralmente.		
				76. Relatório de avaliação da actividade e desempenho da organização	- Memória existencial.		
		30. Identifica e regista metas e obj. dos Planos Individuais e avalia em que medida foram alcançados	77. Medição do nº de clientes que atingem obj. definidos no PI		- Indicador : n.º de clientes que atingem objectivos definidos no PI.		
	<i>Avaliação de resultados</i>		31. Avalia resultados p/ maximizar valor	78. Medição da satisfação das entidades financiadoras		- Implementar inquéritos de satisfação a entidades financiadoras.	
				80. Reporte de desempenho a entidades financiadoras	- Estatísticas enviadas mensalmente; - Relatório de execução de projectos entregues a entidades financiadoras.		
			32. Avalia satisfação de clientes por sistema operado interna/externamente	79. Mais de 60% de clientes satisfeitos com serviços		- Implementar inquéritos de satisfação adaptados aos destinatários.	
				81. Medição do grau de satisfação de clientes 82. Reporte do grau de satisfação de clientes a partes interessadas		- Implementar inquéritos de satisfação a clientes. - Divulgar resultados de avaliação de satisfação dos clientes às partes interessadas.	
	<b>MELHORIA CONTÍNUA</b>	<i>Planeamento anual</i>		33. Estabelece e documenta processo de planeamento e revisão anuais	83. Planeamento anual 84. Processo de planeamento anual documentado 85. Plano anual aprovado por órgãos de gestão	- Plano Anua;  - Plano anual; - Acta de reunião de gestão;	- Elaboração do procedimento do plano anual.
			34. Plano anual contempla metas, obj., actividades a desenvolver, monitorização do desempenho da org., tempos e processos para av./rev	86. Plano anual com carácter cíclico 87. Planeamento anual contempla: obj. SMART; actividades chave; resultados medidos; metas e obj. revistos 88. Plano com horizonte temporal de 12 meses 89. Plano anual comunicado aos colaboradores	- Plano Anual.  - Plano Anual. - Registo de plenários gerais; - Actas e folhas de presença.	- Incluir o ciclo PDCA no planeamento anual - Procedimento do planeamento anual. - Plano anual com obj. SMART; - Actividades Chave; - Resultados Medidos, metas e objectivos.	
<i>Sistema de melhoria contínua</i>				35. Procedimentos definidos para melhoria contínua, c/ PDCA	90. Formato estandardizado para planos de melhoria da qualidade 91. Sistema de melhoria com carácter cíclico (actividades planeadas; implementadas; resultados; medidas correctivas) 92. Documentação anual de pelo menos 2 acções de melhoria 93. Documentação dos resultados de planos de melhoria da qualidade	- Algumas actividades com o ciclo PDCA.	- Criar novos procedimentos das acções preventivas/correctivas – plano estandardizado; - Plano de qualidade (metas)  - Implementar Sistemas de Melhoria.  - Documentar as acções de melhoria.  - Documentar as acções de melhoria – boletins e planos de melhoria.
				36. Identifica indicadores de desempenho p/ medir resultados	94. Definição de indicadores p/ medir resultados das acções de melhoria da qualidade		- Definir indicadores para medir resultados das acções de melhoria.
		<i>Qualificação e desenvolvimento dos colaboradores</i>		37. Plano de formação e desenvolvimento de colaboradores baseado na avaliação de desempenho e não discriminação	96. Documentação da estratégia/abordagem da formação e desenvolvimento dos colaboradores 97. Documentação da formação e desenvolvimento contém: qualificações escolares; formação; dinâmicas de formação; métodos p/ avaliar resultados; especificações de funções 99. Revisão periódica do desempenho dos colaboradores directos 100. Relatório anual de formação contempla: nº dias de formação; nº colaboradores directos; nº colaboradores envolvidos na formação, por nível de qualificação		- Plano de formação dos colaboradores – baseado no diagnóstico de necessidades.  - Processo dos colaboradores (departamentos de formação); - Manual de RH; - Relatório Anual de Formação.  - Realizar avaliação de desempenho a todos os colaboradores.  - Relatório anual de formação.
				38. Política de recrutamento e retenção de colaboradores (selecção de profissionais qualificados)	95. Documentação da Política de recrutamento 98. Documentação de critérios e processo de recrutamento		- Manual de RH – Política de Recrutamento;  - Manual de RH – Política de Recrutamento;

## Anexo V – Projecto Centro Psicogeriatrico

ID	Nome da Tarefa	Duração	Início	Conclusão	05 Set '11							12 Set '11							19 Set '11							26 Set '11							03 Out '11						
					S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
1	<b>Projecto Centro Psicogeriatrico</b>	<b>225 dias</b>	<b>05-09-11</b>	<b>13-07-12</b>																																			
2	Reunião preliminar	2 dias	05-09-11	06-09-11																																			
3	Apresentação	2 dias	05-09-11	06-09-11	Directora geral; Director Clínico; Directora Administrativa; Directora de Enfermagem																																		
4	Intervenção	200 dias	07-09-11	12-06-12																																			
5	Definição de Política da Qualidade	1 dia	07-09-11	07-09-11	Directora geral; Director Clínico; Directora Administrativa; Directora de Enfermagem																																		
6	Definição de Procedimentos Chave e de Suporte	2 dias	08-09-11	09-09-11	Directora geral; Director Clínico; Directora Administrativa; Directora de Enfermagem																																		
7	Estratégia Transformadora	177 dias	10-10-11	12-06-12																																			
8	Planos	5 dias	30-11-11	06-12-11																																			
9	Plano Estratégico	5 dias	30-11-11	06-12-11																																			
10	Projectos	60 dias	10-10-11	30-12-11																																			
11	Dossier de projectos	2 dias	10-10-11	11-10-11																																			
12	Avaliação dos Projectos	5 dias	26-12-11	30-12-11																																			
13	Melhoria Contínua	10 dias	30-05-12	12-06-12																																			
14	Plano de Melhoria Contínua	3 dias	30-05-12	01-06-12																																			
15	Definição de Indicadores para a medição dos resultados de acções de melhoria	2 dias	11-06-12	12-06-12																																			
16	Estratégia Participativa	105 dias	21-09-11	14-02-12																																			
17	Acções de Formação	72 dias	03-10-11	10-01-12																																			
18	Acções de Envolvimento	4 dias	03-10-11	06-10-11	Equip																																		
19	Acções de Formação - Visão, Missão e Valores	2 dias	14-11-11	15-11-11																																			
20	Acções de Formação - Direitos e Deveres	2 dias	28-11-11	29-11-11																																			
21	Acções de Formação - Código de Ética	2 dias	12-12-11	13-12-11																																			
22	Acções de Formação - Liderança	1 dia	19-12-11	19-12-11																																			
23	Acções de Formação - Política da Qualidade	2 dias	09-01-12	10-01-12																																			
24	Comunicação	29 dias	16-11-11	26-12-11																																			
25	Procedimento de Comunicação Interna	2 dias	16-11-11	17-11-11																																			
26	Procedimento de Comunicação Externa	2 dias	21-11-11	22-11-11																																			
27	Procedimento de Gestão de Sugestões e Reclamações	2 dias	24-11-11	25-11-11																																			
28	Divulgação e tratamento das sugestões e Reclamações	1 dia	26-12-11	26-12-11																																			
29	Recursos Humanos	105 dias	21-09-11	14-02-12	Directora geral																																		
30	Reestruturação - Organograma	2 dias	21-09-11	22-09-11																																			
31	Actualização do Manual de Recursos Humanos	5 dias	02-01-12	06-01-12																																			
32	Actualização do Manual de acolhimento aos utentes	5 dias	09-01-12	13-01-12																																			
33	Elaboração do Manual de Integração de novos colaboradores	5 dias	16-01-12	20-01-12																																			
34	Procedimento de Avaliação de desempenho	5 dias	23-01-12	27-01-12																																			
35	Avaliação de desempenho	10 dias	01-02-12	14-02-12																																			
36	Identificação das necessidades formativas dos colaboradores e clientes	3 dias	16-11-11	18-11-11																																			
37	Plano de Formação	3 dias	14-12-11	16-12-11																																			
38	Estratégia Telling	115 dias	14-11-11	20-04-12																																			
39	Elaboração dos Procedimentos	35 dias	14-11-11	30-12-11																																			
40	Admissão	3 dias	14-11-11	16-11-11																																			
41	Internamento	3 dias	16-11-11	18-11-11																																			
42	Alta	3 dias	21-11-11	23-11-11																																			
43	Transferência	3 dias	23-11-11	25-11-11																																			
44	Cosulta Externa	2 dias	28-11-11	29-11-11																																			
45	Plano Individual de intervenção	2 dias	30-11-11	01-12-11																																			
46	Gestão Documental	2 dias	01-12-11	02-12-11																																			
47	Parcerias	2 dias	05-12-11	06-12-11																																			
48	Tratamento de não conformidades, acções correctivas e preventivas	2 dias	07-12-11	08-12-11																																			
49	Técnicas de Enfermagem	2 dias	12-12-11	13-12-11																																			
50	Manutenção de Equipamentos	2 dias	14-12-11	15-12-11																																			
51	Gestão de Stocks e Medicamentos	2 dias	19-12-11	20-12-11																																			
52	Manual do Departamento Administrativo e Financeiro	2 dias	21-12-11	22-12-11																																			
53	Instruções de Trabalho	4 dias	23-12-11	28-12-11																																			
54	Avaliação das Parcerias	2 dias	29-12-11	30-12-11																																			
55	Implementação dos Procedimentos	12 dias	16-01-12	31-01-12																																			
56	Avaliação dos Procedimentos	5 dias	16-04-12	20-04-12																																			
57	Avaliação da Satisfação	69 dias	09-01-12	12-04-12																																			
58	Escolha e Elaboração de Instrumentos de Avaliação da Satisfação	1 dia	09-01-12	09-01-12																																			
59	Avaliação da Satisfação - Utentes	5 dias	06-02-12	10-02-12																																			
60	Avaliação da Satisfação - Colaboradores	5 dias	13-02-12	17-02-12																																			
61	Avaliação da Satisfação - Parcerias	5 dias	20-02-12	24-02-12																																			
62	Avaliação da Satisfação - Comunidade	5 dias	27-02-12	02-03-12																																			
63	Avaliação da Satisfação - Familiares	5 dias	05-03-12	09-03-12																																			
64	Relatórios de Avaliação da Satisfação	5 dias	12-03-12	16-03-12																																			
65	Divulgação de Resultados da Avaliação da Satisfação	3 dias	10-04-12	12-04-12																																			
66	Estratégia Forcing	157 dias	01-11-11	06-06-12																																			
67	FMEA - Acções de Melhoria	5 dias	19-03-12	23-03-12																																			
68	Formação - Gestão de Conflitos	2 dias	21-12-11	22-12-11																																			
69	Reuniões de Acompanhamento	157 dias	01-11-11	06-06-12																																			
70	Manual da Qualidade	10 dias	07-05-12	16-05-12																																			
71	Elaboração do Manual da Qualidade	10 dias	07-05-12	16-05-12																																			
72	Revisão do Sistema	40 dias	21-05-12	13-07-12																																			
73	Formação em Auditorias Internas	5 dias	21-05-12	25-05-12																																			
74	Auditorias Internas	3 dias	26-05-12	30-05-12																																			
75	Revisão do Sistema	5 dias	09-07-12	13-07-12																																			



## Anexo VI – Procedimento

 <b>Irmãs Hospitaleiras</b>			<b>PROCEDIMENTO</b>		
<b>Triagem e Admissão ao Internamento</b>					
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>					
ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipa da Qualidade		Direcção Clínica			
		Direcção de Enfermagem			
		Direcção Administrativa			
<b>1. ÂMBITO</b> Aplica-se a todas as Triagens e Admissões ao Internamento efectuadas pelo Serviço de Admissões do Centro.					
<b>2. OBJECTIVOS</b> Estabelecer o método do Processo de Triagem e Admissão ao Internamento.					
<b>3. DEFINIÇÕES</b> <b>Triagem</b> - Processo pelo qual se verificam os critérios de internamento e se estabelecem prioridades de admissão. <b>Admissão</b> - Recepção de um utente para internamento por um período igual ou superior a 24 horas.					
<b>4. RESPONSABILIDADES</b> Compete à Direcção Clínica, Direcção de Enfermagem e Direcção Administrativa a monitorização deste procedimento.					
<b>5. DESCRIÇÃO</b> As principais actividades respeitantes ao Processo de Triagem para Admissão ao Internamento estão definidas no Anexo - Fluxograma - Processo de Admissão.					
<b>METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO</b>					
5.1 Recepção do Pedido de Internamento - O pedido de internamento no Centro é recepcionado pela Administrativa do Serviço de Admissões, sendo solicitado pelo utente, familiar e/ou pessoa significativa ou técnico de saúde, pelas vias de comunicação disponíveis (atendimento pessoal, telefone, mail ou fax).					
5.2 Triagem - O utente, familiar e/ou pessoa significativa, são acolhidos pelo Enfermeiro do Serviço de Admissões, que verifica e avalia os critérios de internamento e estabelece prioridades de admissão					

Triagem e Admissão ao Internamento

**PALAVRAS-CHAVE:**

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipa da Qualidade		Direcção Clínica			
		Direcção de Enfermagem			
		Direcção Administrativa			

conforme norma de funcionamento da consulta externa.

5.3 Marcação de Consulta - O enfermeiro responsável pelo serviço de admissões encaminha o utente, familiar ou pessoa significativa para a Administrativa do Serviço de Admissões e informa a administrativa do tipo de consulta que deverá ser marcada.

5.4 Análise da conformidade dos documentos - O administrativo efectua a análise da conformidade dos documentos (ver lista de documentos para internamento no centro conforme a entidade de que o utente é beneficiário).

5.5 Marcação de Consulta pela administrativa.

5.6 Criação do Processo Clínico - A Administrativa do Serviço de Admissões procede à criação do Processo Clínico, conforme modelo aprovado.

5.7 Consulta Médica - O utente comparece à Consulta médica acompanhado dos documentos, relatórios e exames complementares de diagnóstico solicitados. O médico procede à avaliação clínica do utente e dos documentos e procede de acordo com o procedimento de consulta.

5.8 Internamento – Em função da avaliação médica do doente poderá ficar internado no centro.

5.9 Análise das vagas - Em caso de internamento, o enfermeiro responsável pelo serviço de admissões verifica a existência de vagas para o tipo de internamento solicitado.

5.10 Integração em lista de referenciação - No caso de não existirem vagas para o tipo de internamento solicitado, o enfermeiro responsável pelo serviço de admissões, procede à integração do utente na lista de referenciação de acordo com a norma de funcionamento da consulta externa.

5.11 Gestão da lista de referenciação - A gestão da lista de referenciação fica a cargo do enfermeiro do serviço de admissões e da Direcção de Enfermagem do centro, conforme critérios de data de admissão na lista, tipo de internamento e critérios de prioridade clínica.

5.12 Consentimento informado para encargos financeiros - O administrativo entrega o documento "Consentimento Informado para encargos financeiros" ao utente ou pessoa significativa que seguidamente deverá ser assinado.

5.13 Envio de cópia de documentos ao DAF - Em caso de estarem reunidas todas as condições de internamento, o médico procede à referenciação e envio dos documentos à Administrativa do Serviço de



Irmãs  
Hospitaleiras

## PROCEDIMENTO

### Triagem e Admissão ao Internamento

#### PALAVRAS-CHAVE:

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipa da Qualidade		Direcção Clínica			
		Direcção de Enfermagem			
		Direcção Administrativa			

Admissões.

5.14 Encaminhamento para serviço de tesouraria para efectuar pagamento - se após a consulta médica não decorrer a necessidade de internamento, o médico encaminha o utente e/ou família ou pessoa de referencia à Administrativa, que efectua a facturação e recebe o pagamento do acto de consulta.

#### 6. DESTINATÁRIOS

Todos os técnicos do Serviço de Admissões do centro.



**Anexo VII – Plano Individual de Intervenção**

**PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO**

NOME:

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA DE ALTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_

DATA	NECESSIDADES	POTENCIALIDADES	EXPECTATIVAS

DATA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	INTERVENÇÕES	CALENDARIZAÇÃO	RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO (TA, PA, NA)	DATA DE REAVALIAÇÃO

Médico assistente _____	Técnico de Referência: _____	Assinatura do Utente: _____	Assinatura do familiar: _____	Data de avaliação PII _____
----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------



## **Anexo VIII – Carta de Autorização**

Débora Esteves Barroso  
Rua 8 de Dezembro e 1729 n.º9 1ºEsq  
2730 – 275 Barcarena  
**Telemóvel:** 968566159  
**Email:** deboraebarroso@gmail.com

À Irmã Noémia Bastos

Superiora do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Eu, Débora Esteves Barroso, aluna do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – INDEG Escola de Gestão, tendo em vista a obtenção do Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde venho por este meio solicitar a autorização para proceder à realização de um estudo de caso. O trabalho é orientado pela professora Mestre Generosa do Nascimento, docente do ISCTE –INDEG Escola de Gestão.

O tema do trabalho de investigação é “Gestão da Qualidade Total numa Instituição de Saúde do 3º Sector – Um Estudo de Caso”, e procura perceber quais os factores críticos existentes na face de concepção e organização do processo de acreditação da qualidade na instituição e, posteriormente, realizar um plano de acção.

Tem como população os Gestores da Qualidade da Instituição e colaboradores (enfermeiros-chefes, colaboradores na gestão, técnicos e chefes de serviço médico).

A metodologia utilizada é o Estudo de Caso. A data prevista para a elaboração do projecto é entre Outubro de 2010 e Abril de 2011. Para o efeito, estabelecerei contacto com um elo de ligação da Instituição, por vós designado.

Após discussão do trabalho, enviarei um exemplar, ficando disponível para a apresentação dos resultados.

Sem outro assunto fico ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos.

Oeiras, 2 de Janeiro de 2011