

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

A GESTÃO DA QUALIDADE NO HOSPITAL

*IMPACTO DA ACREDITAÇÃO NAS PRÁTICAS CRÍTICAS DE
GESTÃO DA QUALIDADE PARA A PERFORMANCE
HOSPITALAR*

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

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

Orientador:

Prof. Doutor Albino Lopes

Setembro 2007

RESUMO

A acreditação surge como uma estratégia para a implementação de sistemas de qualidade nos hospitais portugueses, pelo que o objectivo deste estudo correlacional foi avaliar o impacto da acreditação hospitalar nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, percepcionadas por 224 profissionais de um hospital em acreditação e por 144 de um hospital sem acreditação, que constituíram duas amostras por conveniência e responderam a um questionário elaborado para o efeito. Foi, ainda, feita uma pesquisa documental sobre os indicadores estatísticos dos hospitais, que se revelaram insuficientes para a avaliação da performance hospitalar, mas na análise das práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, os dados indicaram uma melhor performance no hospital em acreditação.

A acreditação foi identificada como um projecto de qualidade por 97,29% dos participantes do hospital em acreditação e, estes percepcionaram, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar do que os participantes do hospital sem acreditação. As diferenças foram estatisticamente significativas em todas as dimensões: liderança ($t=18,576$; $p<0,001$), orientação para o cliente ($t=7,359$; $p<0,001$), aprendizagem e inovação ($t=6,894$; $p<0,001$), segurança ($t=10,750$; $p<0,001$), gestão dos processos e dos recursos ($t=11,323$; $p<0,001$) e melhoria contínua ($t=11,697$; $p<0,001$).

A liderança ($M=3,05$; $DP=0,55$) foi a dimensão mais pontuada e a orientação para o pessoal ($M=2,49$; $DP=0,59$) a menos pontuada no hospital em acreditação; a segurança ($M=2,35$; $DP=0,53$) a mais pontuada e a melhoria contínua ($M=1,89$; $DP=0,62$) a menos pontuada no hospital sem acreditação.

Conclui-se que a acreditação é importante e necessária, mas insuficiente para o dinamismo da melhoria contínua da qualidade.

JEL classificação: I18; L32

Palavras-chave: gestão da qualidade; acreditação; hospital; performance hospitalar

SUMMARY

Accreditation comes as a strategy to implement quality systems in Portuguese hospitals, and for this reason the goal of this correlational study was to assess the impact of hospital accreditation on critical quality management practices for hospital performance, as seen by 224 professionals from a hospital going through an accreditation process and 144 from a hospital with no accreditation, who constituted two convenience samples and who answered a survey created for the purpose. We also did a documental research on hospital statistical indicators, which proved to be insufficient to evaluate hospital performance, but in the critical quality management practices assessment for hospital performance, the data indicated a better performance from the hospital going through an accreditation process.

Accreditation was identified as a quality project by 97,29% of the participants from the hospital going through an accreditation process and, these realize, in average, more critical quality management practices for hospital performance than the participants from the hospital with no accreditation. The differences were statistically significant in all dimensions: leadership ($t=18,576$; $p<0,001$), customer orientation ($t=7,359$; $p<0,001$), learning and innovation ($t=6,894$; $p<0,001$), security ($t=10,750$; $p<0,001$), management of processes and resources ($t=11,323$; $p<0,001$), and continuous improvement ($t=11,697$; $p<0,001$).

Leadership ($M=3,05$; $DP=0,55$) was the highest scored dimension and personnel orientation ($M=2,49$; $DP=0,59$) was the lowest scored in the hospital going through an accreditation process; security ($M=2,35$; $DP=0,53$) was the highest scored and continuous improvement ($M=1,89$; $DP=0,62$) the lowest scored in the hospital with no accreditation.

We concluded that accreditation is important and necessary, but insufficient for the dynamics of continuous quality improvement.

JEL classification: I18; L32

Keywords: quality management; hospital; accreditation; hospital performance

INDICE

	Pág.
AGRADECIMENTOS	
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. GESTÃO DA QUALIDADE	17
1.1. O CONCEITO DE QUALIDADE	17
1.2. AUTORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A GESTÃO DA QUALIDADE	19
1.3. GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	22
2. MODELOS DE PRÉMIOS DE EXCELÊNCIA E DE ACREDITAÇÃO	24
2.1. MODELOS DE ACREDITAÇÃO	24
2.2. MODELOS DE EXCELÊNCIA	28
3. GESTÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS	33
3.1. A SITUAÇÃO EM DIVERSOS PAÍSES DA EUROPA	35
3.2. A SITUAÇÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES.....	37
4. MEDIÇÃO DA PERFORMANCE DO HOSPITAL	40
4.1. ESTRUTURA DE AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE HOSPITALAR	43
5. PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA A PERFORMANCE HOSPITALAR	46
CAPÍTULO II – PESQUISA EMPÍRICA	
1. METODO	52
1.1. QUESTÕES DE PARTIDA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	52
1.2. HIPÓTESES	53
1.3. DESENHO DA PESQUISA EMPÍRICA	54
1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRAS	54
1.4.1. Selecção das amostras	56
1.4.2. Constituição das amostras	56
1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	57
1.5.1. Variáveis de caracterização dos resultados de performance dos hospitais, relacionados com a qualidade e eficiência	58
1.5.2. Variáveis relativas ao contexto sócio-demográfico e profissional dos sujeitos que constituíram as amostras.....	59
1.5.3. Variáveis relativas aos contextos hospitalares	60
1.5.4. Variáveis relativas às práticas críticas de gestão da qualidade para a performance Hospitalar	60
1.6. PROCEDIMENTOS	65

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	68
2.1. VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE PERFORMANCE DOS HOSPITAIS, RELACIONADOS COM A QUALIDADE E EFICIÊNCIA	68
2.1.1. Indicadores gerais de produção	68
2.1.2. Indicadores de qualidade e eficiência	69
2.2. VARIÁVEIS RELATIVAS AO CONTEXTO SOCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS SUJEITOS QUE CONSTITUÍRAM AS AMOSTRAS	70
2.2.1. Idade	70
2.2.2. Sexo e grupo profissional	71
2.2.3. Tempo de serviço, exercício de funções de chefia e prestação de serviço directamente aos doentes	72
2.2.4. Participação em projectos de qualidade	74
2.3. VARIÁVEIS RELATIVAS AOS CONTEXTOS HOSPITALARES	75
2.3.1. Existência de projectos de qualidade	75
2.3.2. Gestão da qualidade dos fornecedores e produtos necessários aos hospitais	76
2.4. VARIÁVEIS RELATIVAS ÀS PRÁTICAS CRÍTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA A PERFORMANCE HOSPITALAR	76
2.4.1. Características psicométricas da escala	76
2.4.2. Dimensões da escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance Hospitalar	82
2.4.3. Hipóteses	84
3. ANÁLISE DE RESULTADOS	94
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo 1: Solicitação para a recolha dos dados e para a informação dos funcionários existentes nos hospitais	
Anexo 2: Guia para recolha de dados das estatísticas dos hospitais	
Anexo 3: Estatísticas publicadas internamente nos hospitais	
Anexo 4: Questionário utilizado na recolha de dados	
Anexo 5: Redacção das entrevistas exploratórias	
Anexo 6: Tratamento dos dados do pré teste	
Anexo 7: Autorização para a recolha de dados	
Anexo 8: Tratamento dos dados do questionário	

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Análise comparativa entre as três normas de acreditação e certificação	27
Quadro 2: Projectos de qualidade nos hospitais portugueses no ano 2002	37
Quadro 3: Evolução do número de doentes saídos e demora média por total a nível nacional e diagnóstico com maior peso no total.....	41
Quadro 4: Objectivos nacionais para a convergência de melhores desempenhos no ano de 2007.....	42
Quadro 5: Descrição das dimensões e sub dimensões da performance do hospital.....	44
Quadro 6: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos publicados de acordo com os elementos de gestão da qualidade.....	46
Quadro 7: Distribuição da lotação por especialidades de internamento, em função do Hospital, no ano de 2007.....	55
Quadro 8: Distribuição dos funcionários existentes em Março de 2007, por grupo profissional e por hospital onde foram seleccionadas as amostras.....	57
Quadro 9: Principais indicadores de produção por ano em função do hospital.....	69
Quadro 10: Principais indicadores de qualidade e eficiência de 2005 e dos primeiros cinco meses de 2006 e de 2007, em função do hospital.....	70
Quadro 11: Média, mediana, moda, desvios padrão, mínimos e máximos da idade do pessoal que constituiu as amostras.....	71
Quadro 12: Distribuição das amostras por sexo e grupo profissionais, em função do hospital....	72
Quadro 13: Distribuição das amostras por tempo de serviço, exercício de funções de chefia e prestação de cuidados directos aos doentes em função do hospital.....	73
Quadro 14: Distribuição das amostras pela participação em projectos de qualidade nos hospitais, em função do hospital.....	74
Quadro 15: Distribuição das amostras pelo conhecimento da existência de projectos de qualidade nos em função do hospital.....	75
Quadro 16: Distribuição das amostras pelo conhecimento da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários ao hospital, em função do hospital.....	76

Quadro 17:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>liderança</i>	77
Quadro 18:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>orientação para o cliente</i>	77
Quadro 19:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>orientação para o pessoal</i>	78
Quadro 20:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>aprendizagem e inovação</i>	78
Quadro 21:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>segurança</i>	79
Quadro 22:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>gestão de processos e dos recursos</i>	79
Quadro 23:	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão <i>melhoria contínua</i>	80
Quadro 24:	Correlação dos itens com a dimensão a que pertencem (excluindo o item) e com as dimensões a que não pertencem.....	81
Quadro 25:	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as sete dimensões da EPCGQPH.....	82
Quadro 26:	Distribuição das amostras quanto às dimensões das práticas críticas da gestão da qualidade para a performance hospitalar, em função do hospital.....	83
Quadro 27:	Médias e desvios padrão nos itens e dimensões da EPCGQPH, em função hospital estar ou não em acreditação, e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.....	86
Quadro 28:	Médias e desvios padrão nos itens e dimensões da EPCGQPH, em função da participação ou não em projectos de qualidade no hospital com e hospital sem acreditação e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.....	90
Quadro 29:	Médias e desvios padrão nas dimensões da EPCGQPH, em função do exercício de funções de chefia, no hospital com e hospital sem acreditação e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.....	91
Quadro 30:	Médias e desvios padrão nas dimensões da EPCGQPH, em função da prestação de serviço directos a doentes no hospital com e hospital sem acreditação e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.....	93

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Representação gráfica da distribuição das amostras por exercício de funções de chefia em função do hospital.....	73
Gráfico 2: Representação gráfica da distribuição das amostras por prestação de serviços directos aos doentes em função do hospital.....	74
Gráfico 3: Representação gráfica das médias das dimensões da escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar em função do hospital.....	83

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Estrutura de avaliação da performance hospitalar	43

SIGLAS E ABREVIATURAS

DP Desvio Padrão

EFQM: European Foundation for Quality Management

EPCGQPH Escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar

ISO: Organização Internacional de Normalização

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI Joint Commission International

KFHQS: King's Fund Health Quality Service

M Média

MBNQA: Malcom Baldrige National Quality Award

PATH Estrutura (ferramenta) para avaliação da performance hospitalar

AGRADECIMENTOS

A redacção desta dissertação traduz um percurso de aprendizagem com a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha gratidão.

Agradeço a todos os que colaboraram e tornaram possível este trabalho:

- Aos peritos que entrevistei, aos dirigentes dos hospitais que autorizaram a recolha de informação e a todos os funcionários que prestaram informação.
- À minha família e aos meus colegas de trabalho pela indescritível colaboração que prestaram.
- Ao meu orientador, Senhor Professor Doutor Albino Lopes, pela disponibilidade, simpatia e partilha do seu imenso saber.

Saudade Lopes

INTRODUÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde é assumida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida. Silva (2001) afirma que a qualidade é hoje, universalmente, reconhecida como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados, e tornou-se num imperativo para todas as organizações públicas pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão, pela referência que o Estado assume face à Sociedade e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade.

Em 1997 o Ministério da Saúde instituiu, como objectivo prioritário, a definição de uma política de qualidade para o sector, o desenvolvimento e implementação de sistemas de qualidade e a criação do Instituto da Qualidade na Saúde para apoiar as organizações na melhoria da qualidade (Ministério da Saúde, 1999). Perante as estratégias de qualidade definidas pelo governo, o Instituto da Qualidade na Saúde escolhia as políticas para a sua implementação.

Dentro desta estratégia de actuação, de acordo com Pisco (2002), assumiu considerável importância o programa nacional de acreditação de hospitais, como um programa de melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais, partindo do seu voluntarismo na adesão ao programa e obtido através do cumprimento de um conjunto de padrões e critérios avaliados externamente.

A importância na acreditação continua a ser atribuída pelo XVII Governo Constitucional que, no seu Programa de 2005 – 2009, referencia a qualidade em saúde e a qualidade dos serviços como um direito dos Portugueses (Portugal, 2005). Mas, apesar da Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro considerar o atendimento de qualidade e a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos um dos princípios específicos da gestão hospitalar e um dos princípios gerais para a prestação de cuidados de saúde, a implementação de sistemas de qualidade nos hospitais depende de iniciativas internas e é quase sempre desconhecida.

A gestão da qualidade nos hospitais tem evoluído, essencialmente através dos processos de acreditação dos hospitais, considerados como um investimento com reflexos estruturais para a gestão da qualidade, obrigando os hospitais a organizarem-se, à

formulação de uma política de qualidade, de gestores da qualidade e a actividades de planeamento e controlo estatístico de melhoria.

O Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI, Ministério da Saúde (2006), especifica que o III Quadro Comunitário de Apoio incluiu uma medida específica para a melhoria da qualidade, com uma dotação de aproximadamente 35 milhões de euros, para o período 2000-2006. Até 31 de Dezembro de 2005 foram financiados, entre outros, 21 projectos de acreditação de hospitais e 40 projectos de certificação de serviços hospitalares pelas normas ISO (Organização Internacional de Normalização).

Segundo os peritos, a controvérsia sobre o processo de acreditação inicia-se na consideração das suas vantagens objectivas. Para uns é muito importante, porque implementa mudanças no hospital, começando no topo e obrigando à formulação de uma política de qualidade; outros consideram que é um processo burocrático que não se traduz em melhoria de cuidados para o cidadão. Mas o verdadeiro impacto sobre estes projectos de qualidade é difícil de medir, pela complexidade na definição de indicadores e pela deficiência do sistema de informação. No entanto, é possível efectuar medições indirectas de mudanças de atitudes, comportamentos, procedimentos e processos, entre outras.

As mudanças e a exigência dos diversos intervenientes são considerados os suporte da sustentabilidade dos projectos, para enfrentarem as dificuldades financeiras impostas pelo fim do financiamento pelos quadros comunitários.

Considerando este investimento na acreditação como sistema de gestão da qualidade nos hospitais, para motivar mudanças organizacionais e melhorar a performance hospitalar, no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, realizou-se este estudo que teve por base a seguinte questão:

“Qual o impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, percebidas pelos seus profissionais?” Para responder a esta questão, desenhou-se um estudo correlacional com o objectivo geral de avaliar o impacto da acreditação hospitalar nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. Para a pesquisa empírica especificaram-se os seguintes objectivos:

- Identificar a existência de projectos de qualidade através do seu reconhecimento pelos profissionais de dois hospitais (apenas um em processo de acreditação).
- Identificar a participação dos profissionais nos projectos de qualidade.

- Identificar se os participantes sabem da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários aos hospitais.
- Identificar os resultados de performance dos hospitais, relacionados com a qualidade e eficiência.
- Identificar as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas pelos profissionais em cada hospital.
- Saber se há diferença entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar num hospital em acreditação e num hospital sem acreditação.
- Saber se há diferença entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar num hospital em acreditação e num hospital sem acreditação, em função do exercício de função de chefia, da prestação directa de cuidados ao doente e em função da participação dos funcionários nos projectos de qualidade.
- Analisar a diferença na performance dos hospitais em estudo pelas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar.

Para este estudo, tendo por base a definição de prática do Dicionário de Língua Portuguesa (2007), definiu-se práticas de gestão da qualidade como sinónimo de actividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade e performance como uma medida do que se consegue alcançar por uma organização ou processo (EFQM, 2003).

Efectuou-se uma revisão da literatura em livros e revistas científicas especializadas, documentos electrónicos e em bases de dados de produção e investigação científica, dos últimos anos, na área das ciências da saúde e das ciências sociais com os recursos disponíveis através da EBSCOhost e B-ON.

O estudo empírico, comparativo, realizou-se em dois hospitais semelhantes, um em processo de acreditação e outro sem acreditação. Para avaliação da sua performance foi efectuada uma recolha documental dos dados estatísticos publicados internamente e externamente e solicitados dados não publicados ao Conselho de Administração do Hospital em acreditação. Partindo da totalidade do pessoal dos dois hospitais, foram constituídas duas amostras por conveniência (HILL & HILL, 2002): uma de 224 sujeitos, representando 35,05% da população do hospital em acreditação e outra de 144 sujeitos, representando 23,72% da população do hospital sem acreditação. Os dados foram obtidos através de um questionário e tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 14.0 para

Windows. Um conjunto de questões do questionário, após validação, resultou numa escala à qual foi atribuído o seguinte nome: Escala de Práticas Críticas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar (EPCGQPH). Para a recolha documental foram previamente definidos um conjunto de indicadores estatísticos referentes à produção e à qualidade e eficiência dos hospitais.

Do ponto de vista estrutural divide-se este trabalho em dois capítulos.

No primeiro capítulo apresenta-se a revisão da literatura subdividida por áreas temáticas, iniciando-se pelo conceito de qualidade, uma breve referência aos principais teóricos da gestão da qualidade e passando para os modelos de acreditação e dos prémios. Seguidamente, descreve-se a gestão da qualidade nos hospitais e os modelos implementados e termina-se com a avaliação da performance hospitalar e a identificação de práticas críticas de gestão da qualidade para essa performance.

O segundo capítulo também é subdividido, iniciando pelo método do estudo onde, para além das questões de investigação e da operacionalização das variáveis, são apresentados os instrumentos e os procedimentos na colheita dos dados e no tratamento estatístico.

Finalmente apresentam-se e analisam-se os dados e os resultados, terminando-se com as conclusões do trabalho e as suas implicações para a gestão e para a investigação.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. GESTÃO DA QUALIDADE

As perspectivas de gestão encaram a qualidade como uma entidade ou processo autónomo que pode ser planeado, gerido e controlado com a ajuda de conhecimentos técnicos e da gestão (António e Teixeira, 2007). Pressupõe princípios de gestão da qualidade que, para Bengoa, Kawar, Key, Leatherman, Massoud, Saturno (2006), se baseiam no melhor uso dos recursos, orientação para os clientes e planeamento de acções com impacto na melhoria da qualidade dos serviços.

O conceito de qualidade, o modo como tem evoluído e a coordenação das actividades para gerir a qualidade são fundamentais para a compreensão destes princípios.

1. 1. O CONCEITO DE QUALIDADE

De acordo com Pires (2000), a relevância que a garantia da qualidade tem vindo a assumir vem colocá-la como parte integrante da gestão das empresas; a evolução dos conceitos da qualidade tem estado muito associada à ênfase que alguns autores colocam em aspectos particularmente importantes da qualidade. As diferentes definições de qualidade, conforme as circunstâncias, influenciam a gestão das organizações, afirmam Reeves e Bednar (1994) e especificam:

- Definida como excelência, pode levar a um investimento na força de trabalho e limitada por normas.
- Definida como valor ou como conformidade com as especificações, pode levar uma organização a focar-se na eficiência interna e efectividade externa.
- Definida como correspondendo ou excedendo as expectativas dos utilizadores, exige a identificação das exigências dos clientes e a inclusão de factores subjectivos como a cortesia e a satisfação que são difíceis de quantificar e avaliar.

Na indústria, as suas definições referiam-se essencialmente ao produto em que, para Juran (1988), qualidade é a adequação ao uso com duas dimensões: a performance do produto, cujas características se ajustam às necessidades do cliente e a ausência de deficiências, como reduzir os erros, o desperdício, as provas, o tempo para colocação no mercado, os custos e melhoria no resultado. A qualidade como conformidade, com os

requisitos centrando-se nas pessoas, especialmente nos gestores e nos factores organizacionais, é defendida por Crosby (1979) e pela Organização Internacional de Normalização (NP EN ISO 9000:2000, 2001).

Discordando com a limitação à conformidade por não dar espaço à inovação, Deming (1989) invoca redução das variações como fundamento para uma melhoria contínua e as necessidades e expectativas dos consumidores como o ponto de partida para a melhoria da qualidade.

Garvin (1984) propõe cinco abordagens para a definição da qualidade: transcendente, baseada no produto, baseada no utilizador, baseada na produção e baseada no valor. Estas também são referenciadas por Pisco (2001), embora aponte o modelo de Alan Gilles mais adequado para a saúde. Neste, a qualidade também é analisada em cinco diferentes perspectivas:

- Perspectiva transcendente: qualidade como sinónimo de excelência.
- Perspectiva da Saúde pública: a principal ideia é que a qualidade dos cuidados deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que cuidar da doença.
- Perspectiva baseada nos recursos: o máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos destinados aos cuidados de saúde.
- Perspectiva dos profissionais: valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos como principal medida de qualidade.
- Perspectiva dos utilizadores: o bem-estar e a satisfação dos utilizadores são cruciais.

Com estas perspectivas, Pisco (2001) conclui que a qualidade em saúde é definida de forma diferente de acordo com as variáveis que assumem mais importância para os diversos actores: para os doentes (acessibilidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde), para os prestadores (capacidades técnicas e na obtenção de resultados clínicos) e para os gestores (eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos investimentos), tornando as questões relacionadas com a qualidade de prestação de cuidados de saúde difíceis e complexas de abordar.

A sua divisão em dimensões é importante, pois a complexidade do conceito dificulta a medição e a implementação de melhorias. Para Saltman e Figueras (1997), a qualidade é multidimensional, mas há quatro dimensões críticas que podem ser identificadas e que estão interrelacionadas: cuidados efectivos e apropriados, eficiência no uso dos recursos, satisfação do cliente e resultados de saúde. Estas dimensões são comuns a Bengoa et al.

(2006), que as especificam em seis áreas fundamentais à melhoria dos cuidados de saúde:

- Efectividade: baseados na evidência e com resultados na resposta às necessidades das pessoas e comunidade.
- Eficiência: maximização dos recursos evitando desperdícios.
- Acessibilidade: prestação de cuidados de saúde pontuais, com qualificações e recursos apropriados às necessidades.
- Centrados no cliente: ter em conta as preferências e as expectativas individuais dos clientes.
- Equidade: não fazer distinção das pessoas pelo seu género, raça, etnia, localização geográfica e estatuto socioeconómico.
- Segurança: minimização dos riscos e dos danos nos clientes.

Estas dimensões também estão implícitas nos aspectos que a Organização Mundial de Saúde considera determinantes para obter a qualidade e que Pisco (2005) enuncia:

- Excelência profissional.
- Eficiência na utilização dos recursos.
- Garantir segurança dos doentes.
- Satisfação dos utilizadores com o serviço de saúde.
- Resultados obtidos – ganhos em saúde com a melhoria progressiva dos indicadores.

Considerar as várias definições e dimensões da qualidade na prestação de serviços e as constantes mudanças das organizações tem conduzido, ao longo do tempo, ao aparecimento de várias propostas e novas formas de gestão da qualidade. Esta preocupação tem uma longa evolução na indústria, com conceitos e directrizes que estão a ser aplicados nas instituições de saúde.

1.2. AUTORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A GESTÃO DA QUALIDADE

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 socio-económica e o desenvolvimento do conhecimento. Montes e Fuentes (2001) citam Bendell (1991) que agrega estes autores em três grupos:

1. Os primeiros autores americanos que na década de 1950 levam a mensagem da qualidade ao Japão: Deming, Juran e Feigenbaum.
2. Os autores japoneses que, na mesma década, desenvolveram novos conceitos com base nas mensagens dos autores americanos: Ishikawa e Taguchi.
3. Os autores americanos mais recentes que, através do estudo do êxito das empresas japonesas, propuseram melhorias na qualidade das empresas ocidentais: Crosby e Peters.

Entre estes os mais referenciados pelos diversos autores em estudos da qualidade são o Deming, Juran, Feigenbaum, Ishikawa e Crosby.

W. Edwards Deming foi o primeiro perito americano da qualidade a ensinar metodicamente gestores japoneses o que deviam saber sobre a qualidade. A sua influência tem-se espalhado por todo o mundo. Para Deming, 94% todos os problemas de qualidade ficam sujeitos à gestão mas, para além de estabelecer melhores processos e sistemas, a gestão deve envolver empregados na tomada de decisões participativas (Bank, 1998).

Para Juran (1988), o objectivo da gestão é o de alcançar um melhor desempenho para a organização e não o de manter o nível actual. A gestão da qualidade faz-se através de três processos básicos e interrelacionados, conhecidos como a Triologia de Juran: Planificação da qualidade, Controlo da qualidade e Melhoria da qualidade.

O planeamento da qualidade consiste em actividades para o desenvolvimento do produto e do processo requeridos para as necessidades dos clientes. O controlo da qualidade avalia a actual performance, compara-a com os objectivos e actua na diferença, fazendo parte integrante da gestão a todos os níveis, não sendo apenas o trabalho de especialistas de departamentos de controlo de qualidade. Na melhoria da qualidade são estabelecidos os projectos de melhoria, as equipas para os projectos, os recursos, a formação e motivação para diagnosticar a causa e implementar soluções.

Feigenbaum (1991) considera o controlo de qualidade como uma técnica de gestão para melhor responder às exigências do cliente. Na indústria há normalmente quatro passos em cada controlo:

1. Definição de normas de qualidade para o produto.
2. Avaliação das conformidades com estas normas.
3. Acção para corrigir os problemas e as suas causas.
4. Planeamento de melhoria das normas.

O mesmo autor advoga um controlo da qualidade total e sistémico, envolvendo toda a gente em qualquer processo que se inicia na identificação da qualidade requerida pelo cliente e termina quando o produto é entregue ao cliente e ele fica satisfeito. Refere que, para além do controlo da qualidade total, é necessário uma gestão constante e a manutenção de um sistema de qualidade.

De acordo com Bank (1998), Ishikawa (1986) deu corpo à filosofia que conduziu ao desenvolvimento dos círculos de qualidade nos princípios da década de 60. Sugeriu uma mistura do melhor das práticas americanas, tais como as técnicas de produção da linha de montagem e as práticas japonesas que valorizavam o trabalho de equipa. Advoga a qualidade estendida a toda a empresa e um controlo de qualidade para o qual considerou sete ferramentas básicas: análise de Pareto, diagramas de espinha de peixe, estratificação, mapas de registo, histogramas, diagramas de dispersão e mapas de controlo. Com estas ferramentas, os gestores e o pessoal podiam enfrentar e resolver os problemas de qualidade que se lhes deparavam.

Crosby, citado por Bank (1998), na década de 1960, diferencia-se de Deming e Juran pelo seu objectivo de zero defeitos. Apesar dos dois valorizarem o produto, ao basear-se na conformidade com as especificações, Crosby pode não satisfazer as necessidades e o desejo dos clientes. Crosby (1979) prefere concentrar a formação mais em gestores do que em pessoas para controlo de qualidade. Apresenta quatro pontos essenciais de gestão da qualidade a que chama absolutos:

- Qualidade define-se como conformidade, não como excelência.
- Qualidade atinge-se por prevenção e não por avaliação.
- O padrão de execução é de zero defeitos.
- Qualidade mede-se pelo preço de não conformidades.

Estes cinco especialistas partilham alguns pontos essenciais para a gestão da qualidade e propõem aspectos importantes como a importância e o compromisso da gestão de topo, da gestão da força de trabalho, o controlo da qualidade, o papel importante dos funcionários, o processo de produção e a relação com o cliente. Todos realçam a importância da equipa de trabalho mas para Deming (1989), Juran (1988) e Crosby (1979) é muito importante o trabalho do gestor. A importância do trabalho de equipa, a necessidade de envolvimento dos trabalhadores e a abordagem sistémica são elementos da qualidade total evidenciados por Feigenbaum (1991), a melhoria contínua por Deming (1989) e por Ishikawa (1986) citado por Bank (1998) e a prevenção de falhas por Crosby

(1979) são variáveis importantes para controlar a qualidade da produção e os custos, para envolver os trabalhadores e para satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

1.3. GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL

Godfrey (2001) usa o termo genérico de gestão da qualidade total para significar a vasta colecção de filosofias, conceitos, métodos e ferramentas usadas em todo o mundo na gestão da qualidade. Para Pires (2000), este termo evoluiu para o de qualidade total, pois, considerando a qualidade a razão de ser de uma empresa, ela é uma função de todos dentro da empresa. Considera cinco princípios da qualidade total: empenhamento da gestão de topo, objectivos de satisfação do cliente, processo contínuo de melhorias, qualidade entendida como um problema de toda a gente e gestão dos resultados económicos da qualidade.

Para a implementação de cada princípio, Montes e Fuentes (2001) referem um conjunto de práticas que são simples actividades. Na orientação para o cliente, as práticas mais características incluem a promoção de um contacto directo com os clientes, a análise da informação sobre as suas expectativas e a divulgação desta informação dentro da organização. A melhoria contínua é um processo dinâmico que parte de padrões estabelecidos para níveis mais altos. A melhoria do processo deve permitir reduzir de forma contínua a diferença entre as necessidades do cliente e a evolução do processo. Nas práticas mais significativas incluem-se a análise de processos e reengenharia, o uso de técnicas como o controlo estatístico do processo.

Godfrey (2001) enumera os principais elementos de uma infra-estrutura de qualidade total:

- Existência de um sistema de qualidade: permite a estruturação da gestão da qualidade total.
- A relação com os clientes: onde se incluem as relações contratuais.
- Envolvimento total da organização: os trabalhadores não devem ser vistos como um custo de produção, mas como um recurso para a produção. Os trabalhadores devem ser implicados nos esforços para melhorar a produção, na qualidade e nos benefícios.
- Medida e informação: ter informação útil e correcta.

- A educação e formação: preparar para o trabalho de equipa e para o diagnóstico e resolução dos problemas.

A utilização da filosofia de gestão da qualidade total para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde é valorizada por Sale (2000), porque a atenção é para a organização como um todo, pois a focalização no cliente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos exigem a mobilização de todos para a qualidade.

De acordo com Sale (2000), com esta filosofia os sistemas de saúde não podem abordar as questões relativas à garantia da qualidade partindo do topo para a base da organização. As normas são criadas e implementadas por todos, pois um dos aspectos mais importantes da gestão da qualidade total é a noção de pertença e de compromisso em relação à qualidade dos cuidados e serviços prestados, a todos os níveis da organização. A mesma autora refere que historicamente é grande o empenho do pessoal de saúde em melhorar os cuidados e os serviços que presta, mas de forma isolada dentro da organização e deve ser a própria organização a fazer parte de um sistema estruturado de qualidade que é gerido sistematicamente.

Para Godfrey (2001), a gestão da qualidade total tem evoluído através de várias fases conforme a focalização: qualidade do produto, qualidade nos processos do produto, qualidade do serviço, qualidade dos 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, de acordo com António e Teixeira (2007), constituíram uma via importante de implementação da gestão da qualidade e de modelos que apoiam a avaliação das organizações. Neste contexto, os mesmos autores salientam a emergência de modelos normativos de avaliação externa e de autoavaliação como são exemplo os modelos de acreditação e os prémios de excelência.

2. MODELOS DE PRÉMIOS DE EXCELÊNCIA E DE ACREDITAÇÃO

Estes modelos surgiram para a promoção da qualidade nas empresas e para a sua avaliação: os modelos de acreditação, através de uma avaliação externa baseada num conjunto de normas, e os prémios de excelência, para uma autoavaliação baseada num conjunto de critérios.

2.1. MODELOS DE ACREDITAÇÃO

Ac creditação é o procedimento através do qual o Organismo Nacional de Acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte (Decreto-Lei Nº 125/2004 de 31 de Maio).

Existem dois modelos utilizados na acreditação hospitalar: o King's Fund Health Quality Service (KFHQS) e o Joint Commission International.

Para além destes dois modelos, existe a norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) que, baseada nos princípios de gestão da qualidade, especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização e é utilizada na certificação de serviços.

King's Fund Health Quality Service (KFHQS).

Griffiths (2000) definiu o King's Fund como uma “agência de desenvolvimento”, criada há cerca de 100 anos, com o objectivo inicial de angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres e actualmente zela pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido.

A metodologia do Serviço de Qualidade em Saúde do King's Fund – KFHQS assenta num conjunto de padrões e critérios desenhados especificamente para a realidade hospitalar e, de acordo com França (2000), abrange toda a organização com o 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, autoavaliação 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. 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.

Joint Commission International

Com o objectivo de permitir a acreditação voluntária dos hospitais, foi criada em 1951 a Joint Commission on Accreditation of Hospitals com um programa de normas para avaliação das instituições. A adesão a este programa deu-se a nível mundial, as actividades foram-se expandido e, em 1987, a organização mudou de nome para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) que 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. As normas foram elaboradas para os Estados Unidos impondo algumas dificuldades na implementação noutros países, pelo que surgiu a Joint Commission International (JCI) que criou o seu programa de acreditação de hospitais em 1999, com flexibilidade que tem em conta as características sociais, políticas, religiosas e económicas do país que as aplica. (Joint Commission, 2007).

Estas 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:

Padrões/normas relacionadas com o doente

- Acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos.
- Direitos do doente e família.
- Avaliação de doentes.
- Cuidados prestados ao doente.
- Educação do doente e família.

Padrões/normas relacionadas com a gestão da instituição

- Gestão e melhoria da qualidade.
- Prevenção e controlo de infecções.

- Administração, chefia e direcção.
- Gestão e segurança da instalação.
- Qualificações e educação dos profissionais.
- 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 (Joint Commission, 2007).

Norma NP EN ISO 9001:2000

A Norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização e tem em conta os princípios da gestão da qualidade expostos na ISO 9000 e ISO 9004. Fomenta a adopção de uma abordagem por processos, enfatizando a importância de entender e ir ao encontro dos requisitos. Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam. No entanto, nos hospitais tem sido utilizada na certificação de alguns serviços não englobando toda a organização, como se verifica no relatório de execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI (Ministério da Saúde, 2006a).

Esta norma é organizada segundo uma lógica de processos:

- A gestão de topo é responsável por estabelecer a política de qualidade, comunicá-la à organização, estabelecer os objectivos de qualidade, assegurar a disponibilidade dos recursos e os processos de trabalho para ir ao encontro dos requisitos do cliente a aumentar a sua satisfação. Este sistema deve ser revisto em intervalos planeados de forma a assegurar que se mantém apropriado, adequado e eficaz.
- Os recursos devem ser os necessários e geridos eficazmente (competência, consciencialização e formação dos recursos humanos, a infraestrutura necessária, o ambiente de trabalho adequado).
- Na realização do produto deve haver um planeamento da realização do produto com controlo de todo o processo de trabalho e de todas as variáveis e processos relacionados com o cliente para determinação e revisão dos requisitos do produto.
- A organização deve planear e implementar os processos de monitorização, medição, análise e melhoria necessários, determinando os métodos aplicáveis,

incluindo técnicas estatísticas e a extensão da sua utilização (NP EN ISO 9001:2000, 2001).

A norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: Focalização no Cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores.

A aplicação desta norma à realidade hospitalar implica um esforço de tradução de princípios genéricos para esta realidade, enquanto a norma do Health Quality Service engloba um conjunto de práticas já pensadas para os hospitais e que dizem o que fazer para cumprir os princípios da gestão da qualidade (Silva, 2004).

Quadro 1: Análise comparativa entre as três normas de acreditação e certificação

NORMA ISO 9001:2000	NORMA HQS (KING'S FUND)	NORMA JCI
Norma de requisitos baseados nos princípios de gestão da qualidade	Norma de padrões de gestão da qualidade	Norma de padrões de gestão da qualidade
Obriga à concepção do Sistema de Gestão da Qualidade	Aplicação directa dos padrões do Sistema de Gestão da Qualidade	Aplicação dos padrões do Sistema de Gestão da Qualidade
Norma aplicável a todos os sectores de actividade (profissional individual, serviços e instituição)	Norma aplicável e específica para hospitais	Norma aplicável e específica para organizações de saúde
Possibilidade de utilizar as práticas mais adequadas à organização desde que cumpram os pontos da norma	Obrigatoriedade na adopção dos padrões previstos na norma	Obrigatoriedade na adopção dos padrões previstos na norma
Certificação concedida por várias entidades acreditadas para o efeito	Acreditação concedida pelo HQS (Health Quality Service)	Acreditação concedida pela JCI (Joint Commission International)

Fonte: Silva (2004), modificada e ampliada

2.2. MODELOS DE EXCELÊNCIA

Nos anos cinquenta o Japão é o primeiro país a desenvolver esta abordagem com o prémio Deming; trinta anos mais tarde os Estados Unidos criam o prémio Malcom Baldrige Award (só mais tarde aplicado às organizações de saúde) e, posteriormente, o prémio EFQM (Europeu Foundation for Quality Management) foi criado na Europa (Godfrey, 2001).

De acordo com o mesmo autor, estes modelos possibilitaram um avanço importante na gestão da qualidade total. A autoavaliação da organização e a comparação com outras organizações tornou os gestores de topo líderes da qualidade total e deu início ao *benchmarking* que é uma tendência importante na gestão moderna da qualidade e que assegura que se descubram, adoptem e implementem as melhores práticas.

Inicialmente estes prémios da qualidade estavam focalizados no sector industrial e, mais tarde, alargaram-se aos serviços e a instituições de saúde.

Prémio Deming

O Prémio Deming foi estabelecido no Japão em 1951, em honra de Edward Deming, pela União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses. Existe o prémio para pessoas e o prémio para empresas que se distinguiram na área da qualidade total. O prémio ao longo dos anos da sua existência tem melhorado a definição dos seus critérios e, devido ao interesse suscitado em todo o mundo, o Comité do Prémio Deming, em 1984, criou novas regras para poderem concorrer empresas de outros países e não somente do Japão (Godfrey, 2001).

O mesmo autor refere que as organizações são avaliadas através de dois níveis de critérios, sendo o segundo nível o desdobramento do primeiro. Os critérios do primeiro nível são dez:

1. Política.
2. Organização e gestão.
3. Educação e disseminação.
4. Gestão da informação da qualidade.
5. Análise.
6. Normalização.
7. Controlo.

8. Garantia da qualidade.
9. Resultados.
10. Planeamento.

Prémio Europeu da Qualidade

O Prémio Europeu da Qualidade, atribuído anualmente desde 1992, é um prémio de excelência organizacional e encontra-se disponível para todas as organizações, independentemente da dimensão e do sector de actividade. Existem categorias para as grandes empresas, unidades operacionais, pequenas e médias empresas e sector público. Na avaliação das candidaturas é usado o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM, 2003).

Este Modelo é uma matriz de autoavaliação que conduz a um melhoramento contínuo da qualidade, tendo como meta a excelência e nove critérios classificados como meios e resultados e vários sub critérios. Cada critério tem uma pontuação específica de acordo com o grau de importância que lhe foi atribuída.

Os critérios de meios dizem respeito à forma como as organizações realizam as suas actividades chave e têm a seguinte pontuação: Liderança 10%, Pessoas 9%, Parcerias e Recursos 9% e Processos 14%.

Os critérios de resultados dizem respeito à forma como os resultados são alcançados e são os seguintes: Resultados para as Pessoas 9%, Resultados para os Clientes 20%, e Resultados para a Sociedade 6% e Resultados Chave do Desempenho 15%.

Na avaliação do Modelo utiliza-se uma lógica designada RADAR (Resultados, Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão). Os elementos abordagem, desdobramento, avaliação e revisão são considerados na avaliação dos critérios de meios, enquanto o elemento resultados é considerado na avaliação dos critérios de resultados.

Resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na condução de Política e Estratégia, a qual é transferida através das Pessoas das Parcerias dos Recursos e dos Processos. (EFQM, 2003)

O modelo baseia-se em oito Conceitos Fundamentais de Excelência e os comportamentos, actividades ou iniciativas baseadas nestes conceitos são frequentemente referidos como Gestão da Qualidade Total. (EFQM, 2003)

Os Conceitos Fundamentais da Excelência

Os Conceitos Fundamentais da Excelência devem ser adaptados em função do desenvolvimento e da melhoria das organizações e a EFQM (2003) indica como devem ser colocados em prática:

1. *Orientação para os resultados*: a excelência obtém-se através de um equilíbrio de satisfações. A organização monitoriza e antecipa as necessidades de todos os “stakeholders” e revê o desempenho de outras organizações.
2. *Focalização no cliente*: centrar a organização na procura da satisfação das necessidades actuais e das expectativas futuras dos seus clientes e responder de forma rápida e eficiente quando algo está a correr mal. A organização mantém excelentes relações com os clientes e compreende as vantagens competitivas das outras organizações.
3. *Liderança e constância de propósitos*: ao proporcionarem clareza e unidade nos propósitos, os líderes criam o ambiente apropriado para a organização e para os seus colaboradores se destacarem pela excelência. Lideram pelo exemplo que transmitem, reconhecendo os seus “stakeholders” e trabalhando conjuntamente com eles em actividades de melhoria, adaptando o rumo da sua organização.
4. *Gestão por processos e por factos*: a implementação sistemática de políticas, estratégias, objectivos e planos de organização é conseguida e assegurada através de um conjunto de processos claramente definido e integrado. As decisões respeitantes às operações correntes e ao planeamento de acções de melhoria são tomadas com base em informação fiável, que deve incluir as percepções das diversas partes interessadas, e o desempenho de outras organizações.
5. *Desenvolvimento e envolvimento das pessoas*: partilha de valores e cultura de confiança, de responsabilização e de delegação de autoridade que encoraje o envolvimento de todas as pessoas para gerar e implementar oportunidades de melhoria. É preconizado e apoiado o desenvolvimento pessoal, permitindo a realização das pessoas e a libertação do seu potencial e as pessoas são preparadas para a mudança.
6. *Aprendizagem, inovação e melhoria contínuas*: realização de *benchmarking* interno e externo para aprenderem com o seu desempenho e com o dos outros. As

pessoas partilham o conhecimento com toda a organização e procuram oportunidades de inovação e melhorias contínuas que tragam valor acrescentado.

7. *Desenvolvimento de parcerias*: as parcerias podem ser estabelecidas com os clientes, a sociedade, os fornecedores e até mesmo com a concorrência, baseada em confiança, partilha de valores e integração de esforços e convergem em benefícios mútuos bem definidos.
8. *Responsabilidade social corporativa*: Promovem activamente a responsabilidade social e a sustentabilidade ecológica e diligenciam no sentido de minimizar qualquer impacto adverso na comunidade local. Através de um envolvimento dos *stakeholders*, satisfazem e excedem as expectativas e as regulamentações das comunidades.

Prémio Malcom Baldrige

Foi um prémio criado nos Estados Unidos em 1987, similar ao prémio Deming, para ajudar e estimular o desenvolvimento da qualidade nas empresas dos Estados Unidos e, posteriormente a 1998, abrangeu organizações de saúde e de educação (Godfrey, 2001).

De acordo com o Institute of Standards and Technology (2007), no Health Care Criteria for Performance Excellence de 2007 os conceitos e valores para os cuidados de saúde foram integrados em sete categorias, com pontuações diferentes num total de 1000 pontos:

1. Liderança (120 pontos): avalia como os gestores orientam a organização e como dirigem as responsabilidades éticas, legais e comunitárias.
2. Plano estratégico (85 pontos): avalia como a organização desenvolve os objectivos estratégicos e planos de acção, considerando a inovação.
3. Focalização nos doentes, outros clientes e mercado (85 pontos): avalia como a organização responde às solicitações, necessidades, expectativas e preferências dos doentes, outros clientes e mercado.
4. Avaliação, análise e gestão do conhecimento (90 pontos): avalia como a organização selecciona, reúne, analisa e gere a informação e implementa melhorias.
5. Foco nos trabalhadores e no ambiente de trabalho (85 pontos): avalia como a organização optimiza, envolve e desenvolve o pessoal e como mantém a segurança do local trabalho.

6. Gestão do processo (85 pontos): avalia como a organização determina um conjunto de competências e de sistemas de trabalho e como desenha, orienta e implementa processos chave com valor para os clientes e mercado.
7. Resultados (450 pontos): avaliam o desempenho da organização em áreas prioritárias: cuidados de saúde, clientes, finanças, mercado, trabalhadores, efectividade dos processos e liderança.

O Modelo Malcom Baldrige tem critérios específicos para os cuidados de saúde e é muito aplicado nas organizações de saúde a nível mundial. Em muitos países europeus e em Portugal, os prémios e a certificação de qualidade em serviços públicos baseiam-se no modelo de excelência europeu (Silva, 2001)

A visão sistémica e dinâmica dos três modelos apresentados (Deming, Malcom Baldrige e o Europeu) e os seus conceitos fundamentais são comuns aos princípios da gestão da qualidade total e preconizam várias práticas para a gestão da qualidade.

3. GESTÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS.

O hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação clínica. São classificados em abordagens diversas: área de influência; diferenciação técnica; hierarquização de valências; número de especialidades/valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença e ligação entre hospitais (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Egglí e Halfon (2003) referem que na última década foram introduzidas várias abordagens para ajudarem os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados. Uma foca a competência profissional, através de normas clínicas, educação contínua dos médicos e revisão da semelhança clínica; outras com controlo externo através da publicação de relatórios de desempenho; ainda abordagens organizacionais baseadas na experiência da indústria. Contudo, são intervenções isoladas que têm pouco efeito e as estratégias para a garantia da qualidade não podem ser isoladas, sendo a sua natureza contínua uma dimensão fundamental para Saltman e Figueras (1997) que também considera importante a medição da qualidade e a diferenciação entre abordagens internas e externas.

Para o mesmo autor, a garantia da qualidade pode ser por actividade interna ou externa. Conduzida internamente compreende actividades de interesse clínico, geralmente conduzidas por clínicos e requerendo uma cultura de reflexão e análise na prática clínica.

Conduzida externamente, o corpo externo influencia os tópicos analisados e discute os resultados, mas não tem outro envolvimento. A abordagem externa foca essencialmente medidas estruturais em que a acreditação hospitalar é um exemplo típico. Esta é importante para garantir a confiança de um grau mínimo de qualidade, mas, uma vez que as normas básicas são atingidas, a abordagem não encoraja o desenvolvimento da garantia da qualidade de cuidados.

Um programa para uma avaliação externa como a acreditação é considerado uma estratégia de qualidade no hospital por Øvretveit (2003), pois é um programa de longo termo (2-5 anos) para implementar segurança do doente e do pessoal e melhorar a qualidade.

Na avaliação das estratégias é necessário identificar alternativas e julgar os seus efeitos, usando evidência da facilidade e custos de implementação, impacto no pessoal de saúde, resultados para os doentes e poupança de custos, não havendo evidências para sugerir uma melhor estratégia.

Estes programas para a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde utilizam recursos que poderiam ser usados nos cuidados clínicos, pelo que Øvretneit e Gustafson (2003) consideram necessário o conhecimento da sua efectividade e o impacto que eles têm a vários níveis. Timmons e Whittaker, citados por Shaw (2003a), consideram que o tempo e o dinheiro dispendido na avaliação e o significado do assunto para os governos surpreendem a ausência de estudos de custo-efectividade.

Mas a acreditação, como ponto de partida para iniciar um sistema de qualidade, é considerada por Silimperi, Zanten e Franco (2004) uma abordagem que responde aos objectivos, pois comporta três conjuntos de actividades ou funções essenciais para garantia da qualidade:

- Definição de qualidade: padrões e normas de qualidade para todo o sistema com componente administrativa e técnica.
- Medição da qualidade: autoavaliação, monitorização, estudos especiais e avaliações periódicas, como as auditorias.
- Melhoria da qualidade: as avaliações determinam a situação do hospital e a necessidade de melhoria.

A acreditação também é considerada pelo International Council of Nurse (2007) um meio de assegurar a qualidade e proteger o público, confirmando que as pessoas, os programas, as instituições ou os produtos cumprem normas previamente acordadas. A sujeição a um conjunto de procedimentos e mecanismos de acreditação obrigatórios contribui para fomentar a uniformidade das normas e dos programas de formação no país e, com a renovação periódica da acreditação, estes programas mantêm-se actualizados.

Contudo, advoga que o processo poderá levantar algumas questões:

- Maior centralização nas actividades para controlar e organizar do que nas de desenvolver e inovar.
- Sobrecarga de actividades de regulamentação e de acreditação.
- Ficar pela fase inicial da introdução de normativos.

Perante a dúvida levantada, por diversos autores, da utilidade dos processos de acreditação no desenvolvimento da inovação, RUIZ (2004) propõe, para a implementação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais, dois níveis de implementação: um primeiro por um processo de acreditação e outro com autoavaliação com um Modelo de Excelência.

3.1. A SITUAÇÃO EM DIVERSOS PAÍSES NA EUROPA

De acordo com Shaw (2006), os países da Europa divergem na direcção, nos padrões e nos métodos de avaliação para regular e desenvolver os processos nos cuidados de saúde. Cada país tem a responsabilidade para dirigir o seu sistema de saúde e tem as suas particularidades e os seus métodos para a melhoria da qualidade, mas há princípios gerais que são relevantes universalmente.

O mesmo autor menciona a existência de uma pressão na União Europeia para a harmonização entre os países. A mobilidade dos doentes e formação dos trabalhadores, a liberdade do comércio, a protecção da segurança pública e os direitos dos doentes dentro da união implicam a necessidade de uma abordagem comum na definição, avaliação e melhoria dos padrões em cuidados de saúde.

Os programas de acreditação surgem como uma solução, pois, de acordo com Shaw (2003a), eles são geridos por agências independentes em vários países, focam o que pode ser melhorado e são orientados para o cliente, para procedimentos clínicos e para resultados e performance organizacional.

Em Espanha, Kazandjian e Vallejo (2004) evidenciam a existência de várias iniciativas para a melhoria da qualidade, nas diversas comunidades autónomas. Algumas adoptam o Modelo EFQM, outras definem um modelo de acreditação tendo por base o Modelo EFQM, combinando com as normas da JCAHO e o protocolo ISO. A partir da criação da Joint Commission International (JCI), este programa de acreditação começou a ser aplicado em vários hospitais de Espanha.

Em França, a acreditação também está implementada. Pomey, Contandriopoulos, François e Bertrand (2004) examinam as dinâmicas de mudança durante a preparação para a acreditação, realizando um estudo de caso de Maio de 1995 a Outubro de 2001 num Hospital Central, depois de em 1996 ter sido introduzida a acreditação. Concluíram que a preparação para a acreditação é uma oportunidade para reflectir de forma não hierárquica

no tratamento dos doentes e uma modalidade para a mudança a nível operacional. Concluíram, ainda, que os profissionais dos serviços clínicos participam mais que os outros.

Mas Shaw (2003a) menciona que estes programas requerem grande investimento e há ampla evidência da melhoria dos processos organizacionais nos meses antes da avaliação externa, mas há menos evidência que traga benefícios em termos do processo clínico e de resultados para o cliente.

São poucos os estudos sobre o impacto da acreditação nos hospitais e Pomey et al. (2004) mencionam alguns estudos, durante a acreditação na Austrália e no Quebec, com impacto positivo em áreas organizacionais e outro realizado em 1992, nos Estados Unidos, que não revelaram nenhuma evidência que a acreditação contribuísse para melhorar a qualidade dos cuidados. A mesma autora evidencia que estes estudos avaliam a acreditação como um processo de melhoria contínua ou de gestão da qualidade total, mas ela tem benefícios como um processo de mudança, pois implica todas as áreas da organização e todos os actores. Nos resultados do estudo, Pomey et al. (2004) referem que (80,9 %) dos profissionais consideraram o processo burocrático, mas as mudanças irreversíveis. Os profissionais adquiriram novos modelos de pensamento, com novo vocabulário, a autoavaliação e uma consciência de interdependência entre profissionais e departamentos. Os profissionais são capacitados para integrar novas actividades, como elaboração de protocolos na instituição, implementação de indicadores para avaliar os tratamentos e a adopção de um conjunto de normas clínicas para o hospital. São, ainda, adoptados novos valores, como a colocação do doente e sua família no centro do processo, e uma política de gestão do risco. O hospital também aprende a importância de uma cultura de escrita. A compreensão das actividades do hospital e a autoavaliação podem mudar atitudes e a capacidade de reflexão, mas estas mudanças podem não ocorrer passados alguns meses.

Shaw (2006), num documento sobre o desenvolvimento da acreditação hospitalar na Europa, realça a importância de um acompanhamento na implementação dos programas de acreditação e da diferença de recursos dos diferentes hospitais. É importante conhecer, para cada hospital, quais os padrões relevantes e o que é realizável.

Nem todos os programas de acreditação sobrevivem e casos pilotos em vários países tiveram acompanhamento técnico, mas nunca foram incluídos no sistema nacional de saúde.

3.2. A SITUAÇÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

O modelo de qualidade preconizado por SILVA (2001) para os Serviços Públicos considera o cliente como juiz final, considera as pessoas, a melhoria contínua, a inovação, a liderança e a consistência dos objectivos, presente em todas as fases da vida dos serviços e envolvendo dirigentes, funcionários e clientes. No entanto, os hospitais portugueses estão afastados deste modelo de qualidade total, mas têm vindo a desenvolver e a demonstrar um progressivo e crescente interesse e preocupação com a qualidade, com uma prática de intervenções mais ou menos isoladas, conjuntamente condicionadas e baseadas num voluntarismo.

No quadro 2, segundo o Instituto da Qualidade em Saúde (2003), visualizam-se os projectos em implementação nos hospitais no ano de 2002, em que a acreditação se evidencia.

Quadro 2: Projectos de qualidade nos hospitais portugueses no ano 2002

Hospitais	Projectos
19	Acreditação King's Fund
17	Manual de Qualidade para Admissão de utentes
7	Certificação ISO 9000 (serviços de sangue, laboratórios, serviço de esterilização e serviço de urgência pediátrica)
2	Informatização do processo clínico
1	Implementação de projectos de melhoria num serviço específico
2	Avaliação da performance através do Portuguese Quality Indicator Project (PQIP)
1	Avaliação mensal da satisfação dos clientes
1	Digitalização do serviço de Imagiologia
1	Manual de boas práticas no atendimento
1	Acções de formação
1	Projectos de optimização dos circuitos e procedimentos administrativos
1	Protocolarização de procedimentos técnicos homogéneos num serviço específico
1	Plano de acção para a qualidade dos cuidados de saúde
1	Aquisição de equipamento necessários com vista á qualificação ambiental e acções de sensibilização

Fonte: Instituto de Qualidade em Saúde, 2003.

A importância na acreditação continua a ser atribuída pelo XVII Governo Constitucional. No seu Programa de 2005 – 2009, Portugal (2005) referencia a qualidade em saúde como um direito dos Portugueses com acolhimento e cuidados de elevada qualidade pelos serviços que eles utilizam, considerando necessário:

- Responsabilidade e profissionalismo.
- Melhoria contínua da qualidade através do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Auditoria Clínica e desenvolvimento de Normas de Orientação e Gestão Clínica.
- Efectiva gestão de risco: qualidade da prescrição, prevenção e luta contra a infecção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais; revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos;
- Liderança nos serviços: formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança, qualidade e liderança.

O Instituto da Qualidade em Saúde (2004a), ao fim de cinco anos de implementação dos processos de acreditação, fez um estudo do impacte da acreditação nos profissionais de saúde, através da aplicação de um questionário. Os resultados foram globalmente positivos na organização e no envolvimento e expectativas dos profissionais.

Segundo o Instituto da Qualidade em Saúde (2004b), dos vinte e um hospitais que aderiram ao programa de acreditação, quinze, através do Conselho de Administração ou dos Grupos de Qualidade, descreveram um conjunto de benefícios resultantes do processo de acreditação e que se resumem nos seguintes:

- Melhorias de estruturas físicas e criação de novas estruturas organizacionais: serviço de saúde ocupacional, sistema de segurança, sistema de gestão do risco e de controlo de infecção.
- Envolvimento da gestão
- Envolvimento dos profissionais
- Focalização no cliente
- Desenvolvimento do trabalho de equipa
- Gestão do processo
- Definição de novas políticas e procedimentos
- Formação
- Sistema de informação

Na Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, o atendimento de qualidade e a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos são considerados princípios específicos da gestão hospitalar e princípios gerais para a prestação de cuidados de saúde. Em consequência, para o financiamento dos cuidados de saúde a prestar em 2006 e 2007 foram celebrados contratos de programa anuais com todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Estes contratos de programa incluíam indicadores de qualidade e eficiência para aproximação entre as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde na utilização de recursos e a promoção de níveis de eficiência mais elevados, a fixação de objectivos e as tabelas de preços (Administração Central do Sistema de Saúde 2005).

No contrato de programa de 2006, para além das obrigações de produção, várias cláusulas obrigavam os hospitais a compromissos importantes para a melhoria da qualidade: direitos e deveres dos utentes, avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais, sistema de informação, formação e investigação, manutenção de equipamentos, avaliação do desempenho, políticas de melhoria e qualidade dos serviços (Administração Central do Sistema de Saúde 2007).

No mesmo contrato, os hospitais obrigavam-se a estabelecer políticas de melhoria de forma a garantir níveis de serviço e indicadores de qualidade crescente e a aderir a um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão da unidade de saúde, com o objectivo de promover as acções tendentes à melhoria contínua da qualidade, monitorizar e avaliar indicadores de resultado, aderir ou manter um processo de acreditação e estabelecer normas e procedimentos no âmbito da actividade clínica.

Evidencia-se a obrigatoriedade de medição, que de acordo com Shaw (2003b), é um conceito de melhoria de qualidade, pois é um meio para definir o que o hospital actualmente faz para comparar com os objectivos e identificar oportunidades de melhoria.

4. MEDIÇÃO DA PERFORMANCE DO HOSPITAL

A performance do hospital, segundo Shaw (2003b), pode ser definida de acordo com a realização de objectivos clínicos ou administrativos; para EFQM (2003) é a medida do que se consegue alcançar por um indivíduo, equipa e organização ou processo. Qualquer definição aponta para a performance como um resultado que, na opinião de Shaw (2003b), não pode ser rigorosamente avaliado, porque as intervenções são complexas e não são facilmente isoladas e medidas, mas enumera cinco tipos de medidas da performance do hospital:

- Inspeção reguladora: inspeção das medidas mínimas requeridas para a segurança dos doentes e dos profissionais.
- Estudos sobre as experiências dos clientes: estudos normalizados das experiências e satisfação dos doentes
- Avaliações por terceiros: podem incluir avaliações por padrões ou normas, por revisão ou por programas de acreditação.
- Indicadores estatísticos: dão informação para a gestão da performance e melhoria da qualidade. A sua normalização é essencial dentro do hospital e para comparação entre hospitais. A sua interpretação deve exigir alguns cuidados, pois alguns hospitais modificam os dados internos e outros não têm informação adequada.
- Avaliações internas.

Para Berg, Meijerink, Gras, Goossensen, Schellekens e Haeck (2005), a avaliação requiere que os contextos sejam comparáveis, pelo que as diferenças entre os contextos de trabalho impossibilitam uma rigorosa comparação. Contudo os indicadores de performance são importantes para apontarem a direcção correcta.

No Relatório de Retorno Nacional de 2006 dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, a informação também é questionada pois “os indicadores são construídos a partir da informação das bases de dados dos hospitais e que são fortemente condicionados pela fiabilidade e pelo rigor que cada hospital coloca na recolha e codificação da respectiva informação clínica” (Administração Central do Sistema de Saúde I.P.,2006b, p.4). Neste relatório são apresentados indicadores estatísticos que reflectem a actividade realizada a nível nacional em 2006 e a evolução de alguns indicadores desde 2002, por região, por

categorias de diagnóstico e por grupo de financiamento. Dos indicadores apresentados verifica-se, a nível nacional, uma diminuição da demora média e dos doentes saídos. O diagnóstico onde se verificaram mais doentes saídos, com menor demora média foi o de gravidez, parto e puerpério.

Quadro 3: Evolução do número de doentes saídos e demora média por total a nível nacional e diagnóstico com maior peso no total.

	2005	2006
Indicador Nacional	N	N
Doente saídos (gravidez, parto e puerpério)	113381	109621
Demora média (gravidez, parto e puerpério)	3,39	3,44
Doentes saídos (total de doentes)	965896	958606
Demora média (total de doentes)	6,98	7,03

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde I.P.,2006b, p.20

Nos objectivos para a convergência de melhores desempenhos, traçados para os hospitais do Sistema Nacional de Saúde, segundo o Ministério da Saúde (2006c), seleccionaram-se alguns indicadores nacionais comuns a todos os hospitais e acrescentaram-se outros regionais por regiões de saúde, para a contratualização da produção para 2007. Para além das estatísticas habituais de produção o quadro 4 evidencia alguns indicadores para avaliação da performance do desempenho dos hospitais.

Quadro 4: Objectivos nacionais para a convergência de melhores desempenhos no ano de 2007.

Áreas	Indicadores
A. Qualidade e Serviço	A.1 Taxa de readmissões no internamento nos primeiros 5 dias
B. Acesso	B.1 Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas externas
C. Desempenho Assistencial	C.1. Peso da Cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas C.2 Demora média (dias)
D. Desempenho Económico-Financeiro	D.1 Resultado Líquido D.2 Resultado Operacional D3 Custo unitário por doente padrão tratado

Fonte: Ministério da Saúde (2006c), p.10.

A WHO Regional Office for Europa (2003) descreve um *workshop* que organizou em Barcelona em Janeiro de 2003 para discussão de assuntos conceptuais, definições e conceitos de medição de performance e dos princípios para o desenvolvimento de estruturas de *benchmarking* entre hospitais.

Na primeira reunião do grupo de trabalho definiu performance como a realização de metas desejáveis. Um desempenho alto deveria ser baseado na competência profissional, na aplicação do conhecimento actual, nas tecnologias e recursos disponíveis, na eficiência no uso de recursos, no mínimo risco para o doente, na satisfação do doente, nos resultados de saúde e na disponibilidade dos serviços para todos os clientes.

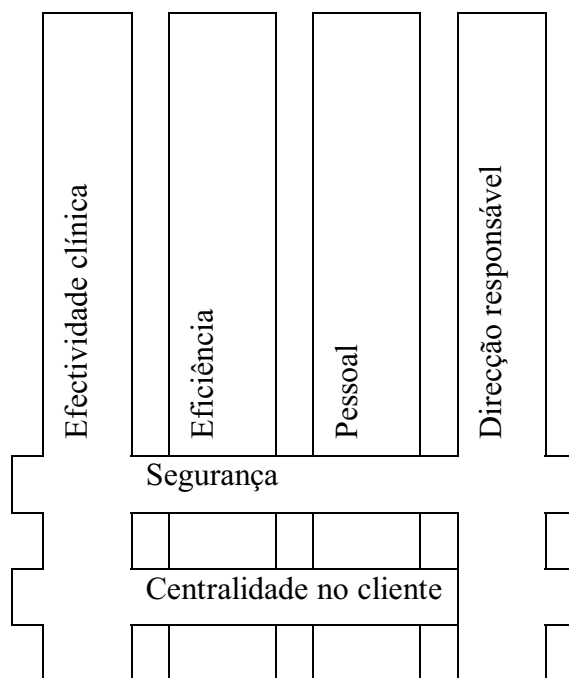
Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arah e Guisset (2005) mencionam o projecto resultante desta reunião, que consistia no desenvolvimento de uma compreensiva ferramenta para avaliação da performance hospitalar, designada por instrumento para a avaliação da performance para a melhoria dos hospitais. (PATH).

4.1. ESTRUTURA DE AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE HOSPITALAR

No projecto para desenvolvimento de uma ferramenta para a avaliação da performance hospitalar, esta é considerada como um instrumento da gestão da qualidade para ser usado por gestores hospitalares para uma avaliação e melhoria dos serviços e, a curto prazo, para comparação entre hospitais.

Este projecto tem por base as estratégias de orientação da Organização Mundial de Saúde de seis dimensões interrelacionadas: efectividade clínica, segurança, centralidade no cliente, gestão responsável, orientação para o pessoal e eficiência (fig. 1)

Figura 1: Estrutura de avaliação da performance hospitalar



Fonte: Veillard, et al. (2005), p. 489.

Na estrutura da PATH, uma performance satisfatória é definida como a manutenção do estado de funcionamento que corresponde a normas dos clientes, dos profissionais e sociais. As dimensões foram divididas em sub dimensões, descritas no quadro 5.

Quadro 5: Descrição das dimensões e sub dimensões da performance do hospital

Dimensão	Definição	Sub dimensão
Efectividade clínica	Produção de resultados clínicos convenientes e com benefícios para o cliente e de acordo com o estado do conhecimento	Conformidade do processo de cuidados, resultados do processo de cuidados, cuidados adequados.
Eficiência	Optimização dos recursos disponíveis para o máximo de resultados	Adequação do serviço, inputs relacionados com os resultados, uso da tecnologia disponível para melhores cuidados
Orientação para o pessoal	O grau de qualificação do pessoal para os cuidados necessários, oportunidade de formação e de aprendizagem contínua, trabalho em condições adequadas e satisfação com o seu trabalho	Ambiente de trabalho, reconhecimento das perspectivas e necessidades individuais, actividades de promoção da saúde, iniciativas de segurança, respostas comportamentais e estado de saúde
Estrutura de gestão responsável	O grau de responsabilidade do hospital em resposta às necessidades da comunidade, assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados, promover a saúde, a inovação e prestar cuidados a todos os cidadãos independentemente das suas características e diferenças.	Integração do hospital na comunidade e orientação para a saúde pública.
Segurança	O hospital tem uma estrutura adequada e processos de prevenção ou redução do risco para os clientes, pessoal e ambiente.	Segurança do cliente, segurança do pessoal, segurança do ambiente.
Centralidade no cliente	O cliente e família são o centro dos cuidados e os serviços devem responder às suas necessidades, expectativas e direitos.	Orientação e respeito pelos clientes.

Fonte: Veillard, et al. (2005), p. 490.

Estas dimensões são comuns às de gestão da qualidade, em que a dimensão da estrutura de gestão integra os restantes elementos: liderança, políticas e estratégias, gestão de processos e melhoria contínua.

Na liderança os gestores orientam a organização e dirigem as responsabilidades éticas, legais e comunitárias (Institute of Standards and Technology, 2007). Os líderes actuam como modelos de uma cultura de Excelência; envolvem-se pessoalmente em assegurar que o sistema de gestão da organização é desenvolvido, implementado e melhorado de forma contínua; interagem com os parceiros, clientes e representantes da sociedade; reforçam uma cultura de excelência perante as pessoas da organização e identificam e patrocinam a mudança organizacional (EFQM, 2003).

A política e estratégia refere-se a como a organização desenvolve, actualiza e comunica os objectivos estratégicos baseados nas necessidades, expectativas actuais e futuras de todos os colaboradores, baseada em informação proveniente de indicadores de desempenho, investigação, aprendizagem e actividades externas relacionadas e comunicada e desdobrada através de processos chave. (EFQM, 2003).

A gestão do processo refere-se à determinação um conjunto de competências e de sistemas de trabalho e como desenha, orienta e implementa processos chave para os clientes e mercado (Institute of Standards and Technology, 2007)

Na orientação para o cliente a organização responde às solicitações, necessidades expectativas e preferências dos clientes (Institute of Standards and Technology, 2007; EFQM, 2003) e direitos (Veillard, et al. (2005).

Na orientação para o pessoal a organização optimiza, envolve e desenvolve o pessoal (Institute of Standards and Technology, 2007; (EFQM, 2003).

Na segurança o hospital tem uma estrutura adequada e processos de prevenção ou redução do risco para os clientes, pessoal e ambiente (Veillard, et al. (2005).

A melhoria contínua prevê a realização de *benchmarking* interno e externo para aprendizagem com o seu desempenho e com o dos outros e a procura de oportunidades de inovação e melhorias contínuas que tragam valor acrescentado (EFQM, 2003).

A descrição destas dimensões requer que a gestão de topo tenha uma responsabilidade especial na implementação e apoio ao sistema de qualidade e sugere várias práticas organizacionais para garantir que o sistema de gestão da qualidade tem uma orientação para os resultados.

5. PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA A PERFORMANCE HOSPITALAR

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2007), a palavra prática tem várias definições. Entre outras, é definida como actividade que visa a obtenção de resultados concretos; aplicação de regras e dos princípios de uma arte ou ciência; maneira concreta de exercer uma arte ou conhecimento; a forma habitual de agir e procedimento.

Neste trabalho a palavra prática utiliza-se para definir as actividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade.

Consequentemente, a estrutura da performance hospitalar, os princípios da gestão da qualidade total e as regras inerentes ao sistema de saúde são definidores das práticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar.

Tendo como referência as dimensões definidas anteriormente e as práticas utilizadas em diversos estudos em hospitais, elaborou-se o quadro 6 com diversas práticas de gestão da qualidade

Quadro 6: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos de acordo com os elementos de gestão da qualidade

Elementos gestão	Práticas	Autores
Liderança Políticas e estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão para dirigir a qualidade - Plano de actividades para a qualidade - Cooperação com os cuidados saúde primários - Tecnologia de informação - Consultores externos - Compromisso da direcção - Estratégia de qualidade - Delegação da tomada de decisão - Gestão dos fornecedores - Gestão da informação 	<p>(Gowen et. al.,2006).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005; Tari et al., 2006). (Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Lai, 2003; Hasan e Ken, 2003)</p> <p>(Tari et al. 2006; Goldstein e Naor, 2005). (Lai, 2003).</p> <p>(Tari et al, 2006).</p> <p>(Hasan e Ken, 2003; Tari et al, 2006)</p> <p>(Goldstein e Naor, 2005).</p>

(continua)

Quadro 6: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos de acordo com os elementos de gestão da qualidade

(continuação)

Elementos gestão	Práticas	Autores
Gestão dos processos	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos de avaliação - Uso de normas da qualidade - Protocolos clínicos - Gestão do processo - Controlo estatístico do processo - Melhoria de processos chave - Medição da performance 	<p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Lai, 2003).</p> <p>(Gowen et. al., 2006; Lai, 2003; Hasan e Ken, 2003).</p> <p>(Tari et al, 2006).</p> <p>(Tari et al, 2006; Lai, 2003).</p>
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de gestão do risco - 	(Naveh e Stern, 2005).
Orientação para o cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos de avaliação da satisfação do cliente. - Focalização no cliente - Medidas e actividades para a melhoria da satisfação do cliente. 	<p>(Gowen et. al., 2006); Naveh e Stern, 2005; Hasan e Ken, 2003).</p> <p>(Gowen et.al., 2006); Lai, 2003; Tari et al, 2006; Goldstein e Naor, 2005).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p>
Orientação para o pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões de programas de qualidade - Envolvimento do pessoal - Formação para a qualidade - Aprendizagem: formação para o desempenho - Focalização no pessoal 	<p>(Gowen et.al., 2006).</p> <p>(Lai, 2003); Hasan e Ken, 2003).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005;Lai, 2003).</p> <p>(Tari et. al., 2006; Hasan e Ken, 2003).</p> <p>(Goldstein e Naor, 2005).</p>
Melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Competitivo <i>benchmarking</i> de melhores processos. - Partilha de melhores resultados - Sistema de sugestões dos empregados - Estudos de melhoria - Trabalho em equipa 	<p>(Gowen et.al., 2006; Hasan e Ken, 2003; Lai, 2003).</p> <p>(Gowen et. al., 2006).</p> <p>(Gowen et.al., 2006).</p> <p>(Naveh e Stern, 2005).</p> <p>(Tari et al, 2006).</p>

Fonte: Elaboração da autora

Entre os muitos estudos exploratórios sobre as práticas de gestão da qualidade nas empresas, identificaram-se vários em hospitais cujas práticas de gestão da qualidade tiveram por base os Modelos de Excelência. Alguns destes estudos relacionaram as práticas de gestão da qualidade com a melhoria de qualidade e com a performance e evidenciaram algumas diversidades nos resultados.

Tarí, Molina e Castejón (2006), ao analisarem a relação entre a gestão da qualidade e a performance, consideraram os resultados do modelo EFQM para avaliar a performance em 106 firmas certificadas em Espanha e concluíram da existência de uma relação entre as práticas da qualidade e o positivo impacto dessas práticas nos resultados da qualidade. Também Nair (2006), numa meta-análise de estudos da relação entre práticas de gestão da qualidade e a performance das empresas, cita o de Douglas e Judge (2001) realizado em 193 hospitais de Israel em que a população inquirida foi constituída por 229 directores e as práticas de gestão da qualidade total foram significativamente relatadas para a performance financeira percebida.

Lai (2003), num estudo da relação entre a prática da Gestão da Qualidade Total e a performance hospitalar de 1997 a 2001 num hospital público da Taiwan, utilizou o Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) 2001 para cuidados de saúde como instrumento de pesquisa para medir as práticas e a performance hospitalar. Concluiu que as características demográficas dos empregados não tinham impacto significativo nas práticas nem na performance, mas as iniciativas de qualidade, o envolvimento dos empregados e o compromisso da direcção, assim como os elementos da gestão da qualidade total foram determinantes na performance total do hospital.

Mas nem todas as práticas são igualmente determinantes na performance dos hospitais e Hasan e Kerr (2003), num estudo da performance organizacional em organizações de serviços, entre os quais os hospitais, através de um questionário aplicado aos funcionários, concluíram que os resultados indicavam que o papel das dimensões de gestão de topo e satisfação do cliente estão entre as mais importantes em termos do seu efeito na performance organizacional. Gowen III, Mcfadden, Hoobler e Tallon (2006), num estudo exploratório em hospitais dos Estados Unidos com dados obtidos por sondagem a directores de programas de qualidade, também concluíram que o impacto do compromisso e dos incentivos dos trabalhadores nos resultados é maior do que o impacto das outras práticas de gestão da qualidade. No entanto, evidenciam a importância destas práticas para reduzir os erros e construir um programa de qualidade.

Contudo, existem estudos que concluem que os programas de melhoria da qualidade não afectam a performance da organização em geral, como o de Naveh e Stern (2005) realizado em 16 hospitais de Israel, com a aplicação de um questionário aos seus directores, baseado noutros estudos e no Malcolm Baldrige Healthcare Critéria for Performance Excellence de 1998. Neste estudo foram discutidas duas estruturas de programas de melhoria da qualidade: grande e limitada conforme o número de itens implementados. Quaisquer delas não afectou a performance, mas foram evidentes casos de melhoria resultantes de programas de melhoria da qualidade e correlacionados positivamente com o número de itens implementados.

A evolução do conceito de qualidade resultou da adaptação das empresas a novos contextos socioeconómicos, da emergência de trabalhos científicos e de práticas de gestão com especial influência de alguns autores americanos e japoneses. Com o objectivo de melhorar o desempenho e satisfazer os clientes, estes especialistas propuseram aspectos importantes para a gestão da qualidade nas empresas, que deve ser abordada numa perspectiva de qualidade total que pressupõe um envolvimento de todos, em equipa, a todos os níveis de gestão.

A gestão da qualidade total tem evoluído conforme a sua focalização no produto, processo, serviço ou na estratégia das empresas, com a emergência de normas de qualidade e de modelos de avaliação das organizações. Entre estes modelos incluem-se os de acreditação e os de prémios de qualidade.

A preocupação com a qualidade nas instituições de saúde motivou a aplicação dos conceitos e directrizes com longa evolução na indústria.

Mas qualidade na saúde assume algumas especificidades e complexidades, pois procura satisfazer as crescentes necessidades de um cliente que não identifica totalmente o melhor serviço, depende de capacidades técnicas dos profissionais e tem exigências de contenção orçamental. Esta complexidade requer uma responsabilidade especial na implementação de sistemas de qualidade nos hospitais e a adopção de princípios de gestão da qualidade total com o melhor uso de recursos, orientação para o cliente, acções com impacto na melhoria e desenvolvimento dos serviços.

Consequentemente, a legislação existente e as políticas para a qualidade obrigam

que todos os hospitais tenham sistemas de qualidade e para a gestão dessa qualidade são necessárias práticas implementadas com o compromisso da gestão de topo e envolvimento de todos os profissionais. Há hospitais que os implementam de uma forma liberal, muitas vezes indefinida, e outros de acordo com modelos criados para o efeito: sistemas de acreditação e de autoavaliação, baseados na adaptação e aplicação de normas internacionais

Em Portugal, a acreditação assumiu extrema importância na gestão da qualidade nos hospitais, com incremento de verbas financeiras resultantes dos quadros comunitários, pois acreditou-se no seu impacto na mudança organizacional, no envolvimento dos funcionários, na melhoria dos serviços e, sobretudo, numa melhor performance organizacional. Para esta performance, a Organização Mundial de Saúde propõe uma estrutura que evidencia a necessidade de implementação de um conjunto de práticas de qualidade. Mas há estudos que questionam o impacto da acreditação nos hospitais, pelo seu peso burocrático e normativo, implementado a partir da gestão de topo e, principalmente, por não motivar a inovação.

Assim, perante o paradigma da acreditação no qual o estudo se posiciona, propõe-se a avaliação das diversas práticas de gestão da qualidade, indiciadas como fundamentais para a performance, num hospital em acreditação e noutro sem acreditação e a identificação do envolvimento dos recursos humanos nos projectos de qualidade.

Desta abordagem teórica podem ser deduzidas as seguintes hipóteses:

- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o hospital está ou não em acreditação.
- Existem diferenças estatisticamente significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a participação em projectos, nos hospitais em ou sem acreditação.
- Existem diferenças estatisticamente significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o exercício de funções de chefia, nos hospitais em ou sem acreditação.
- Existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a prestação directa de serviços aos doentes pelo pessoal, nos hospitais em e sem acreditação.

Estas hipóteses, juntamente com os objectivos, irão guiar a pesquisa empírica.

CAPÍTULO II

PESQUISA EMPIRICA

1. MÉTODO

Tendo como referência a pergunta de partida: “*Qual o impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, percebidas pelos seus profissionais?*”, os objectivos do estudo e decorrente do enquadramento teórico com a dedução das hipóteses, desenhou-se a pesquisa empírica que se descreve neste capítulo.

1.1 QUESTÕES DE PARTIDA, OBJECTIVOS DO ESTUDO

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1998), a partir do que se quer investigar várias questões se poderão colocar, as quais servirão de guia orientador para o que se pretende saber e compreender.

As dúvidas e interrogações originaram as seguintes questões de investigação:

- a. Quais são os projectos de qualidade que os profissionais de dois hospitais identificaram como existentes nos hospitais?
- b. Existe gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários aos hospitais?
- c. Qual é a participação dos profissionais nos projectos de qualidade implementados?
- d. Quais são as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar que os profissionais perceberam e qual a sua relação com o facto do hospital estar ou não em processo de acreditação?
- e. Em que medida a participação em projectos e o tipo de função estão relacionados com a percepção das práticas críticas de gestão da qualidade e qual a sua relação com o facto do hospital estar ou não em acreditação?
- f. Qual é a performance dos dois hospitais, resultante da avaliação dos indicadores de eficiência e qualidade e da existência de um conjunto de práticas nas diversas dimensões da estrutura de performance?

Perante estas questões, para a concretização da finalidade do estudo, definiram-se os seguintes objectivos:

- Identificar os resultados de performance dos hospitais, relacionados com a qualidade e eficiência.
- Identificar a existência de projectos de qualidade através do seu reconhecimento pelos profissionais de dois hospitais (apenas um em processo de acreditação).
- Identificar a participação dos profissionais nos projectos de qualidade.
- Identificar se os participantes sabem da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários aos hospitais.
- Identificar as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas pelos profissionais em cada hospital.
- Saber se há diferença entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar num hospital em acreditação e num hospital sem acreditação.
- Saber se há diferença entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar num hospital em acreditação e num hospital sem acreditação, em função do exercício de função de chefia, da prestação directa de cuidados ao doente e em função da participação dos funcionários nos projectos de qualidade.
- Analisar a diferença na performance dos hospitais em estudo pelas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar.

1.2. HIPÓTESES

Tendo por base os objectivos e as questões e a partir do enquadramento teórico, construíram-se as hipóteses gerais:

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o hospital está ou não em processo de acreditação.

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a participação em projectos, nos hospitais em processo ou não de acreditação.

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o exercício de funções de chefia, nos hospitais em ou sem acreditação.

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a prestação directa de serviços aos doentes pelo pessoal, nos hospitais em e sem acreditação.

1.3. DESENHO DA PESQUISA EMPÍRICA

Para a prossecução dos objectivos e das hipóteses desenhou-se um estudo correlacional, tendo como referência a caracterização de Recto e Nunes (2001), em que se procurou analisar a associação entre as variáveis com dados recolhidos em dois hospitais e, ao mesmo tempo, estabelecer uma comparação entre eles. Pretendeu-se analisar a relação de associação entre a acreditação, variável independente, e as práticas críticas da gestão da qualidade para a performance hospitalar como variável dependente. Esta relação não pode ser testada com rigor, pois tratava-se de uma situação em que não era possível manipular e isolar a variável acreditação na complexidade de uma instituição de saúde.

Consideraram-se, ainda outras variáveis independentes que foram relacionadas com a variável dependente: participação em projectos de qualidade, exercício de função de chefia e prestação de cuidados directamente aos doentes.

A associação entre estas variáveis e as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar foi efectuada separadamente para os dois hospitais, pelas diferenças evidenciadas na percepção dessas práticas.

Para complementar a caracterização dos Hospitais e do contexto socio-demográfico e profissional do pessoal que constituiu as amostras, foi necessário definir outras variáveis que estão especificadas na descrição dos instrumentos de recolha de informação.

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRAS

A selecção e caracterização das amostras basearam-se nos objectivos e na finalidade do estudo. Pelos objectivos considerou-se pertinente optar-se por escolher uma amostra

com os funcionários de um hospital a finalizar o processo de acreditação (que se designou por hospital em acreditação) e outra com os funcionários de um hospital sem processo de acreditação (que se designou hospital sem acreditação). Consideraram-se dois hospitais da mesma Administração Regional de Saúde e pertencentes ao mesmo agrupamento (grupo 4) para efeitos de financiamento utilizado no sistema de classificação de doentes em Grupos Diagnósticos Homogéneos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2006b). Os dois hospitais integravam Centros Hospitalares e eram semelhantes no seu nível de diferenciação técnica e com área de abrangência de nível distrital.

No entanto, tinham algumas diferenças no número de valências e número de camas por valências como se visualiza no quadro 7.

Quadro 7: Distribuição da lotação por especialidades de internamento, em função do Hospital, no ano de 2007

Especialidades com internamento	Hospital em acreditação Lotação	Hospital sem acreditação Lotação
Cardiologia	27	-
Cirurgia geral	23	19
Fisiatria	-	12
Gastroenterologia	5	4
Ginecologia	3	4
Medicina interna	36	30
Nefrologia	11	-
Obstetrícia	-	23
Ortopedia	-	18
Pediatria	14	15
Unidade recém nascidos	-	10
Outras	9	5
Total	128	140

Fonte: Serviços Administrativos dos Hospitais em estudo

O hospital em acreditação criou um departamento de gestão da qualidade em 2003, certificou dois serviços pela norma NP EN ISO 9001:2000 em 2005 e teve a primeira

auditoria de diagnóstico para a acreditação pelo programa da Joint Commission International em Outubro de 2004 e a auditoria final para a acreditação em Julho de 2007.

O hospital sem acreditação não tinha explicitação de sistema nem programa de qualidade.

1.4.1. Selecção das amostras

Sendo o envolvimento de todo o pessoal um princípio fundamental para a gestão da qualidade, considerou-se pertinente conhecer a opinião de toda a população de funcionários dos hospitais.

Partiu-se da população total descrita no quadro 8, com dados solicitados ao Conselho de Administração (Anexo 1) e colhidos nos serviços administrativos dos dois hospitais. Procurou-se abranger as populações totais, mas a ausência prolongada de alguns elementos e a liberdade de outros não participarem no estudo, induziu a utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. HILL e HILL (2002) atribuem esta designação ao tipo de amostras que se baseiam na disponibilidade e acessibilidade dos respondentes. Têm como inconveniente o desconhecimento da sua representatividade na população (Ribeiro, 1999).

Dos critérios de inclusão nas amostras constaram:

1. Ser funcionário dos hospitais em estudo.
2. Não constituir o Conselho de Administração.
3. Aceder livremente a participar no estudo.
4. Realizar serviço efectivo no período da colheita de dados que se realizou num período de 17 dias seguidos durante os meses de Maio e Junho de 2007.

1.4.2. Constituição das amostras

O quadro 8 especifica o número de funcionários por grupos profissionais que constituem a população total e a amostra em cada hospital. Nenhum dirigente integra a amostra, pois os que se encontravam presentes eram elementos do Conselho de Administração.

A amostra do hospital em acreditação foi constituída por 224 participantes, correspondendo a 35,05% da totalidade do pessoal, com representatividade de todos os

grupos profissionais com excepção do pessoal dirigente. A representatividade mais baixa foi a dos técnicos superiores (19,05%), e a mais alta a dos enfermeiros (48,82%).

A amostra do hospital sem acreditação foi constituída por 144 participantes correspondendo 23,72% da totalidade do pessoal, sendo o grupo mais representado o dos técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (36,11%) e o menos representado o dos médicos (12,82%)

Quadro 8: Distribuição dos funcionários existentes em Março de 2007, por grupo profissional e por hospital onde foram seleccionadas as amostras.

	Hospital em acreditação			Hospital sem acreditação		
	População	Amostra	% do grupo	População	Amostra	% do grupo
Grupos profissionais	N	n	% do grupo	N	n	% do grupo
Dirigente	5	-	-	6	-	-
Médicos	60	13	21,67	117	15	12,82
Enfermeiros	211	103	48,82	215	61	28,37
Técnico Superior	21	4	19,05	10	3	30,00
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	47	18	38,30	36	13	36,11
Técnico profissional e Administrativo	99	25	25,25	80	16	20,00
Auxiliar Acção Médica/ Outro						
Pessoal de serviços gerais	196	58	29,60	143	35	24,48
Não identificado		3			1	
Total	639	224	35,05	607	144	23,72

Fonte da população: Serviços Administrativos dos Hospitais em estudo

1.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

De acordo com as técnicas de recolha de informação no campo da gestão enumeradas por Reto e Nunes (2001), seleccionaram-se duas técnicas: recolha documental e questionário.

Para recolha documental estruturou-se uma grelha com os principais indicadores de produção, qualidade e eficiência dos hospitais em estudo, de acordo com a padronização

das estatísticas de produção e de qualidade e eficiência dos hospitais (Anexo 2). Esta grelha teve como objectivo a orientação na recolha de dados nas estatísticas dos hospitais, publicadas a nível externo ou interno (Anexo 3) e é apresentada na especificação das variáveis.

O questionário procurou reunir as condições de colheita de dados para ajudar a responder às questões de investigação (Anexo 4). No questionário as perguntas de caracterização da amostra foram colocadas no final pela sua sensibilidade, mas a apresentação da sua conceptualização foi organizada de acordo com a operacionalização das variáveis que se pretendem medir.

1.5.1. Variáveis de caracterização dos resultados de performance dos hospitais, relacionados com a qualidade e eficiência

Indicadores gerais de produção

Questão A da grelha, tendo por base os principais indicadores de produção disponíveis nas Estatísticas do Movimento Assistencial dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2006b), elaborada com os seguintes itens:

Lotação
Doentes tratados / cama
Demora média
Taxa de ocupação
Número de consultas
Número de 1.ª consultas
Número de urgências
Hospital de dia (n.º doentes tratados)

Indicadores de Qualidade e Eficiência

Questão B da grelha, tendo por base os indicadores estabelecidos a nível Nacional para os contratos – programa de 2007 dos Hospitais SNS (Ministério da Saúde, 2006c), elaborada com os seguintes itens:

Taxa de readmissões no internamento nos primeiros 5 dias
Taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo internamento, sem cirurgia adicional
Peso das primeiras consultas no total das consultas médicas
Custo unitário por doente tratado

1.5.2. Variáveis relativas ao contexto socio-demográfico e profissional dos sujeitos que constituíram as amostras.

Idade

Questão H do questionário, aberta em que cada funcionário especificava a sua idade.

Sexo

Questão I do questionário, fechada e dicotómica (Feminino ou Masculino).

Grupo Profissional

Questão D do questionário, mista com 7 opções fechadas para a identificação de 7 grupos profissionais e uma aberta para especificar outro grupo profissional.

Dirigente/gestor

Médico

Enfermeiro

Técnico superior

Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Técnico Profissional ou Administrativo

Auxiliar

Outro (especifique)

Tempo de trabalho na instituição

Questão E do questionário, fechada com 6 opções de resposta:

Menos de 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 15 anos

De 16 a 20 anos

21 ou mais anos

Exercício de funções de chefia

Questão F do questionário, fechada dicotómica: sim ou não

Prestação de serviços directos aos doentes

Questão G do questionário, fechada dicotómica: sim ou não

Participação em projectos de qualidade

Questão B do questionário, fechada dicotómica: sim ou não, indicando se cada elemento da amostra participava ou tinha participado em projectos de qualidade no hospital.

1.5.3. Variáveis relativas aos contextos hospitalares

Existência de Projectos de Qualidade

Questão A do questionário para identificação do reconhecimento dos projectos de qualidade em implementação nos hospitais em estudo. Questão mista com 3 opções fechadas para a identificação de 3 modelos de acreditação/certificação, permitindo a identificação da totalidade dos modelos, uma fechada para a possibilidade de indicar o desconhecimento e uma aberta para especificar outros projectos de qualidade.

Acreditação King's Fund Health Quality Service

Acreditação Joint Commission International

Certificação ISO (Organização Internacional de Normalização)

Outro (especifique)

Não sabe

Gestão da qualidade dos fornecedores e produtos necessários ao hospital

Questão C1 do questionário, fechada e dicotómica: sim ou não, para identificação do conhecimento do pessoal sobre a existência da gestão da qualidade dos fornecedores de serviços e produtos necessários ao hospital.

1.5.4. Variáveis relativas às práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar

Após exaustiva pesquisa na literatura, não se encontrou um instrumento de avaliação das práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar que permitisse a realização do estudo com um número reduzido de variáveis. Consequentemente, para a prossecução do estudo e para o desenvolvimento de competências nesta temática, deliberou-se criar uma escala que permitisse medir a variável central do estudo. Esta escala foi composta por sete dimensões com várias questões. A inclusão das questões

significativas nas dimensões da escala resultou da revisão da literatura e especificamente dos seguintes marcos teóricos:

- Modelo de Avaliação da Performance PATH
- Modelos de Prémios de Qualidade
- Princípios da Gestão da Qualidade Total

Na sua inclusão também se consideraram os seguintes aspectos:

- Estudos de identificação de práticas de gestão da qualidade nos Hospitais
- Selecção das questões que se consideraram mais significativas, para a escala apresentar um tamanho que permitisse a adesão ao preenchimento dos questionários
- Apreciação por pessoas idóneas no assunto

Assim, a questão C do questionário final foi formulada com um total de 39 questões fechadas de resposta tipo Likert com quatro respostas alternativas (*Muito Raramente, Raramente, Frequentemente e Muito frequentemente*). De acordo com Hill & Hill (2002), as perguntas fechadas têm a desvantagem da informação das respostas ser pouco rica, mas é especialmente útil quando se conhecem as variáveis mais relevantes na área de investigação e se quer obter informação quantitativa ou utilizar um conjunto de questões para uma variável latente.

Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Muito Raramente*, a 4 para a resposta *Muito frequentemente* e cada dimensão apresenta uma pontuação resultante da soma dos itens que a constituem, em que maiores pontuações correspondiam a mais práticas observadas. Considerando que as dimensões não apresentam o mesmo número de itens, para que fosse mais fácil fazer comparações, o total de cada dimensão será dividido pelo número de itens que a constitui resultando num *score* médio. Deste modo, os valores oscilam entre um mínimo de 1 e um máximo de 4 para cada item e para o total de cada dimensão.

Dimensões e itens da escala multidimensional

Dimensão 1: Liderança – $\alpha=0,892$

Avaliou essencialmente o compromisso, apoio, envolvimento e controlo da qualidade dos Conselhos de Administração dos Hospitais e foi constituída por 5 itens:

- *Há uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração*
- *A política de qualidade é comunicada a todos os trabalhadores*
- *Parece-lhe haver compromisso do Conselho de Administração com a qualidade*
- *Os líderes apoiam a qualidade disponibilizando os recursos necessários*
- *Existe controlo da qualidade dos serviços*

Dimensão 2: Orientação para o cliente – $\alpha = 0,813$

Avaliou como a organização responde às necessidades, direitos, solicitações, expectativas e satisfação dos clientes e foi constituída por 5 itens:

- *Existe sintonia entre a política da instituição e as necessidades dos clientes*
- *As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos doentes*
- *As reclamações dos doentes e família são resolvidas num curto espaço de tempo*
- *As sugestões/ reclamações dos clientes são considerados para a implementação de melhorias*
- *A satisfação do cliente é medida*

Dimensão 3: Orientação para o pessoal – $\alpha = 0,884$

Avaliou como a organização considera, envolve e desenvolve o pessoal e foi constituída por 7 itens:

- *As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos trabalhadores*
- *As pessoas são envolvidas nos processos de melhoria*
- *As pessoas são encorajadas à inovação de ideias originais*
- *Há envolvimento de todos os colaboradores na concepção e planeamento da qualidade*
- *Existe um plano de acolhimento para novos colaboradores*
- *As sugestões dos trabalhadores são consideradas para implementar melhorias*
- *A satisfação dos trabalhadores é medida*

Dimensão 4: Aprendizagem e inovação – $\alpha = 0,807$

Avaliou as políticas de formação centrada nas necessidades, desenvolvimento e procura de inovação e foi constituída por 5 itens:

- *O plano de formação dos trabalhadores visa o sucesso e a inovação*

- *O plano de formação dos trabalhadores visa o desenvolvimento de competências*
- *Há formação dos trabalhadores no que respeita ao trabalho em equipa*
- *Há formação de gestores da qualidade*
- *As pessoas participam na definição das suas necessidades de formação*

Dimensão 5: Segurança – $\alpha = 0,847$

Avaliou as estruturas e os processos de prevenção ou redução do risco para os clientes, pessoal e ambiente e foi constituída por 7 itens:

- *Existe um sistema de segurança e saúde no trabalho*
- *Existe envolvimento com as autarquias para aspectos ambientais*
- *Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o doente internado*
- *Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o pessoal*
- *Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o ambiente*
- *Há medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar*
- *A prevenção de erros ou falhas é considerada uma prática fundamental.*

Dimensão 6: Gestão dos Processos e dos recursos – $\alpha = 0,847$

Avaliou como a organização orienta e controla os processos chave e os recursos e foi constituída por 5 itens:

- *Há medição da performance (desempenho de acordo com os objectivos) a todos os níveis*
- *As instalações, equipamentos e materiais são geridos com vista à sua adequação e prevenção de desperdícios.*
- *São utilizados métodos estatísticos para controlar a qualidade*
- *As pessoas são responsabilizadas pelo seu desempenho*
- *Há um controlo e uma melhoria contínua nos processos chave*

Dimensão 7: Melhoria contínua – $\alpha = 0,859$

Avaliou a realização de *benchmarking* interno e externo e a existência de uma política de melhoria contínua e foi constituída por 5 itens:

- *Existem processos de melhoria contínua*

- Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias
- Participa na troca de experiências com os outros serviços e outras instituições.
- Existem equipas de melhoria da qualidade
- São realizados estudos de melhoria da qualidade

Características psicométricas da escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar (EPCGQPH).

Esta escala pretendeu avaliar a frequência das práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas pelos funcionários dos hospitais em estudo.

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que meça o que pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade); e com a sua repetição, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, os resultados obtidos sejam idênticos (fidelidade). Estas características estão especificadas no capítulo da apresentação dos dados de acordo com a fidelidade e validade da escala.

Fidelidade

O estudo da **fidelidade** foi realizado determinando o coeficiente *Alfa* de *Cronbach*, tanto para a globalidade dos itens da dimensão como para o conjunto de cada dimensão após irem sendo excluídos, um a um os vários itens. Segundo HILL e HILL (2002), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número baixo de itens.

Todas as dimensões da escala apresentaram um valor do coeficiente Alfa de Cronbach superior a 0,807.

Validade

A inspeção de validade dos itens foi feita de duas formas:

- Inspeção da correlação de cada item com a dimensão a que pertence excluindo o item (validade convergente).

De acordo com os critérios apontados por Streiner e Norman (1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20. Na escala utilizada todos os itens apresentavam uma correlação superior a 0,50

- Comparação da correlação do item com a dimensão a que pertence e com as dimensões às quais não pertence. A primeira deve ser superior à segunda em 10 pontos (validade discriminante).

Todos os itens apresentaram valores de correlação com a dimensão superiores aos valores da correlação com as outras dimensões, embora se tenha verificado que num item de cada dimensão esse valor fosse inferior a 10 pontos.

- Correlação entre as várias dimensões

Pela matriz de correlações de Pearson verificou-se uma correlação positiva entre as sete dimensões, variando entre 0,598 e 0,808.

1.6. PROCEDIMENTOS

Para a definição do problema e saber o estado da arte em relação à gestão da qualidade nos hospitais, para além de pesquisa bibliográfica, foram efectuadas entrevistas exploratórias a peritos. Após a sua escolha entre 5 pessoas com reconhecimento público de autoridade e diversidade de responsabilidades na matéria, foram efectuados contactos prévios com os respectivos secretariados e, posteriormente, formalizados os pedidos escritos. Embora se solicitasse a confirmação de todos os pedidos, somente 3 responderam.

De acordo com Quivy e Campenhout (1998), as entrevistas exploratórias podem melhorar o nosso conhecimento do terreno e devem ser consideradas as pessoas com quem é útil ter uma entrevista. Os mesmos autores recomendam intervenções nas entrevistas apenas para as reconduzir ou incitar o entrevistado a aprofundar certos aspectos que abordou. Assim, foram efectuadas as entrevistas, pouco directivas, com duração aproximadamente de 50-60 minutos e com gravação, após autorização prévia dos entrevistados. Da sua redacção escrita (Anexo 5) efectuou-se uma análise de conteúdo para definição do problema .

Prosseguiu-se a pesquisa bibliográfica que só veio a terminar com a finalização do trabalho e que permitiu a elaboração dos instrumentos referidos anteriormente.

Após elaboração e apreciação por pessoas idóneas no assunto, o questionário foi aplicado a 20 profissionais, entre diversos grupos, de um outro hospital sem processo de acreditação, após consentimento oral do Presidente do Conselho de Administração. Os questionários foram distribuídos em envelope fechado pelo pessoal que estava de serviço e recolhidos no dia seguinte, por uma secretária de unidade a quem se solicitou ajuda para,

junto dos respondentes, recolher informação sobre a clareza das questões e dificuldades de preenchimento.

Os dados foram tratados (Anexo 6) e o questionário foi reformulado para clarificação de algumas questões.

Assim, a questão C do questionário inicial foi formulada com um total de 40 questões fechadas de resposta tipo Likert com cinco respostas alternativas (*Muito Raramente, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente*). Após o pré teste, foram reduzidas para quatro as alternativas de resposta, pelo uso excessivo do ponto médio. Na mesma questão, foi retirado um item sobre a gestão da qualidade dos fornecedores e produtos necessários ao hospital e convertido noutra questão, ficando como variável dicotómica. A questão sobre o tipo de função também foi desdobrada em duas questões (F e G) por não abranger todas as respostas possíveis.

Para proceder à recolha de dados solicitou-se uma reunião com as Enfermeiras Directoras (por afinidade profissional) para solicitar colaboração na resposta ao pedido escrito dirigido aos Conselhos de Administração dos hospitais seleccionados. Este pedido foi entregue no secretariado do mesmo, onde se solicitava autorização para aplicação do questionário e informação do pessoal existente no Hospital (Anexo 1).

Após autorização da aplicação do instrumento (Anexo 7) foram realizadas reuniões, por serviço, com todos os directores de serviço e respectivas chefias para explicação dos objectivos da pesquisa, informação da confidencialidade dos dados, do instrumento de recolha de dados e para pedir autorização e colaboração. Após verbalizada autorização foram deixados os questionários, dentro de envelopes, para a totalidade do pessoal de cada serviço. Ao mesmo tempo, solicitou-se colaboração a um enfermeiro de cada hospital para periodicamente passar pelos serviços e lembrar do pedido de preenchimento do questionário. Cada questionário continha instruções relativas ao preenchimento e à garantia de anonimato.

A recolha de dados não foi em períodos simultâneos nos dois hospitais, pela impossibilidade de acompanhamento. Assim, iniciou-se pelo hospital em acreditação, que foi o primeiro a autorizar, no período de 14 a 31 de Maio de 2007 e no hospital sem acreditação no período de 5 a 22 de Junho de 2007. Os questionários foram recolhidos pessoalmente nos serviços, no final da primeira semana e no final do período estabelecido.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 14.0. para *Windows* (Anexo 8)

Para a análise dos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de localização e tendência central (moda e médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos).

Nas variáveis a estudar, antes da utilização dos testes estatísticos, aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correcção de Lilliefors (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados. O teste revelou que as variáveis não apresentavam distribuição normal. Quando a dimensão da amostra é elevada, a normalidade pode ser ignorada para alguns testes estatísticos (Pestana e Gageiro, 2005).

Consequentemente para a análise inferencial optou-se pelo teste paramétrico t para duas amostras independentes para comparação de médias entre as duas amostras em estudo. Quando as amostras são ambas de dimensão superior a 30, a distribuição t aproxima-se da distribuição normal, levando ambas às mesmas conclusões (Pestana e Gageiro, 2005).

Em todas as análises estatísticas utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$ (a diferença não é significativa)

$p \leq 0,05$ (a diferença é significativa)

$p \leq 0,01$ (a diferença é muito significativa)

$p \leq 0,001$ (a diferença é altamente significativa)

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta secção apresentam-se e analisam-se os dados resultantes da recolha documental e do questionário. Para melhor sistematização são agrupados por variáveis, iniciando-se pela apresentação dos dados da recolha documental por caracterizarem os hospitais.

2.1. VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE PERFORMANCE DOS HOSPITAIS, RELACIONADOS COM A QUALIDADE E EFICIÊNCIA

2.1.1. Indicadores gerais de produção

Pelo quadro 9 verifica-se que o hospital em acreditação sofreu uma redução de camas, enquanto o hospital sem acreditação teve um aumento das mesmas. O hospital sem acreditação trata mais doentes por cama, mas em 2007 a diferença é apenas de 1 doente.

Em relação à demora média verifica-se uma diminuição no hospital em acreditação (7,36 -6,19), com valores mais altos que no hospital sem acreditação que se manteve dentro dos mesmos valores (5,6-5,8). Na taxa de ocupação o valor mais alto (91%) ocorreu em 2006 no hospital em acreditação e o mais baixo (73,8%) no mesmo período no hospital sem acreditação. Os valores em 2007 são semelhantes para os dois hospitais (84%).

O hospital sem acreditação realizou mais consultas em todos os anos, mas o hospital em acreditação realizou mais primeiras consultas em 2006 (8666) e em 2007 (8197) do que o hospital sem acreditação em 2006 (7057) e em 2007 (7629). No número de sessões no hospital de dia o hospital em acreditação realizou mais, mas no ano de 2007 a diferença diminuiu. O hospital em acreditação realizou 2362 sessões e o hospital sem acreditação 2235 sessões.

Quadro 9: Principais indicadores de produção por ano em função do hospital

Indicadores	Hospital em acreditação (1)			Hospital sem acreditação		
	2005	1.ºs 5 meses 2006	1.ºs 5 meses 2007	2005 (2)	1.º 5 meses 2006(3)	1.º 5 meses 2007(3)
Lotação	141	128	128	128	140	143
Doentes tratados / cama	39,78	19,19	20,57	49	18,6	21,5
Demora média	7,36	7,09	6,19	5,6	5,9	5,8
Taxa de ocupação	80,24%	91%	84%	76%	73,8%	84,6%
Número de consultas	53803	22915	21979	57433	24853	26888
Número 1.ªs consultas	21667	8666	8197	-	7057	7629
Número de urgências	65162	29,560	31425	72481	32483	34672
Hospital de dia (n.ºsessões)	5559	2190	2362	4425	1659	2235

Fonte: 1 – Dados cedidos pelo Conselho de Administração do Hospital

2 – Ministério da Saúde (2006b)

3 – Dados publicados internamente no hospital

2.1.2. Indicadores de qualidade e eficiência

No quadro 10 visualiza-se o preenchimento incompleto resultante da falta de dados.

Em 2007 o hospital em acreditação tem uma taxa de readmissão no internamento de (1,8%) e o hospital sem acreditação de (1,61%). Em 2006 esta taxa subiu 1,45% no hospital sem acreditação.

Na taxa de reintervenção cirúrgica o hospital sem acreditação apresentou um decréscimo de 2006 (0,71%) para 2007 (0,31%).

No peso das primeiras consultas no total das consultas, o hospital em acreditação apresentou valores mais elevados. Em 2006 foi de 37,82% para o hospital em acreditação e de 28,39% para o hospital sem acreditação; em 2007 foi de 37,29% para o hospital em acreditação e de 28,37% para o hospital sem acreditação.

No ano de 2005 um doente tratado no internamento custou mais 131,88 euros no hospital sem acreditação e mais 90,05 euros no hospital em acreditação do que na média dos hospitais do grupo. Entre os dois hospitais verifica-se que no hospital em acreditação o custo por doente tratado é menor do que no hospital sem acreditação. Isto verifica-se no internamento, urgência e consulta.

Quadro 10: Principais indicadores de qualidade e eficiência de 2005 e dos primeiros cinco meses de 2006 e de 2007, em função do hospital.

Indicadores	Hospital em acreditação(1)			Hospital sem acreditação(2)		
	2005(3)	1.ºs 5 meses 2006	1.ºs 5 meses 2007	2005(3)	1.ºs 5 meses 2006	1.ºs 5 meses 2007
Taxa de readmissões no internamento nos primeiros 5 dias	-	-	1,8%	-	1,45%	1,61%
Taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo internamento, sem cirurgia adicional	-	-	-	-	0,71%	0,31%
Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas	-	37,82%	37,29%	-	28,39%	28,37%
Diferença, em euros do custo por doente tratado em relação ao grupo 4:		-	-			-
Internamento	+90,05			+131,88		
Urgência	+6,87			+30,68		
Consultas	+5,1			+26,09		

Fonte: 1 – Dados cedidos pelo Conselho de Administração do Hospital
 2 – Dados publicados internamente no hospital
 3 – Elaborado com dados Ministério da Saúde (2006d)

2.2. VARIÁVEIS RELATIVAS AO CONTEXTO SOCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS SUJEITOS QUE CONSTITUÍRAM AS AMOSTRAS

Os dados destas variáveis são resultantes da aplicação do questionário e especificam a idade, sexo, grupo profissional e o exercício profissional da amostra do hospital em acreditação e da amostra do hospital sem acreditação. Em cada quadro é especificado o total dos participantes que responderam à questão do questionário.

2.2.1. Idade

As idades dos participantes do hospital em acreditação estão compreendidas entre 22 e 64 anos, com uma média de idades de 38,95 anos e um desvio padrão de 10,26, sendo a moda 26 anos e a localização da mediana nos 38 anos.

No hospital sem acreditação as idades dos participantes estão compreendidas entre os 23 anos e os 61 anos, com uma média de idades de 38,18 anos e um desvio padrão de 8,57 anos, sendo a moda 28 anos e a mediana localiza-se nos 39 anos, conforme consta no quadro 11.

Quadro 11 : Média, mediana, moda, desvios padrão, mínimos e máximos da idade do pessoal que constituiu as amostras.

<i>Hospital</i> \ <i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Acreditação	38,95	38	26	10,26	22	64
Sem acreditação	38,18	39	28	8,57	23	61

Legenda: DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Max. – Máximo

2.2.2. Sexo e grupo profissional

A amostra do hospital em acreditação é constituída por 192 indivíduos do sexo feminino, 86,87% da amostra e 29 do sexo masculino, 13,13% da amostra. Os enfermeiros são o grupo mais representado com 46,60% da amostra, seguidos dos auxiliares/serviços gerais com 26,25% da amostra. O grupo menos representado é o dos técnicos superiores com 1,81% da amostra.

A amostra do hospital sem acreditação é constituída por 99 indivíduos do sexo feminino, 69,22% da amostra e 44 do sexo masculino, 30,78% da amostra. Os enfermeiros também são o grupo mais representado, sendo 42,66% da amostra, seguidos das auxiliares/serviços gerais com 24,47%. Os técnicos superiores também são o grupo menos representado com 2,10% da amostra (quadro 12)

Quadro 12: Distribuição das amostras por sexo e grupo profissionais, em função do hospital

Sexo	Hospital em acreditação N=221						Hospital sem acreditação N=143					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo Profissional												
Médicos	3	1,36	10	4,52	13	5,88	8	5,59	7	4,90	15	10,49
Enfermeiros	93	42,08	10	4,52	103	46,60	43	30,07	18	12,59	61	42,66
Técnicos superiores	4	1,81	-	-	4	1,81	2	1,40	1	0,70	3	2,10
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	13	5,88	5	2,27	18	8,15	12	8,39	1	0,70	13	9,09
Técnico Profissional e Administrativo	22	9,95	3	1,36	25	11,31	11	7,69	5	3,50	16	11,19
Auxiliar /Serviços Gerais	57	25,79	1	0,46	58	26,25	23	16,08	12	8,39	35	24,47
Total	192	86,87	29	13,13	221	100	99	69,22	44	30,78	143	100

2.2.3. Tempo de serviço, exercício de funções de chefia e prestação de serviço directamente aos doentes.

Como se verifica no quadro 13 a moda na amostra do hospital em acreditação localiza-se no escalão de 1 a 5 anos de tempo de serviço com 34,08% dos sujeitos seguida do escalão de 21 ou mais anos onde se encontram 20,62% desta amostra, havendo com menos de 1 ano de serviço 3,14% das pessoas que constituem a amostra no hospital em acreditação.

No hospital sem acreditação a moda localiza-se no escalão 11 a 15 anos de serviço com 26,39%, seguida do escalão 6 a 10 anos com 21,53% da amostra. O valor mais baixo localiza-se em menos de 1 ano de serviço com 6,25% da amostra.

Exercem funções de chefia 10,23% das pessoas que constituem a amostra do hospital em acreditação e 9,15% das pessoas que constituem a amostra no hospital sem processo de acreditação.

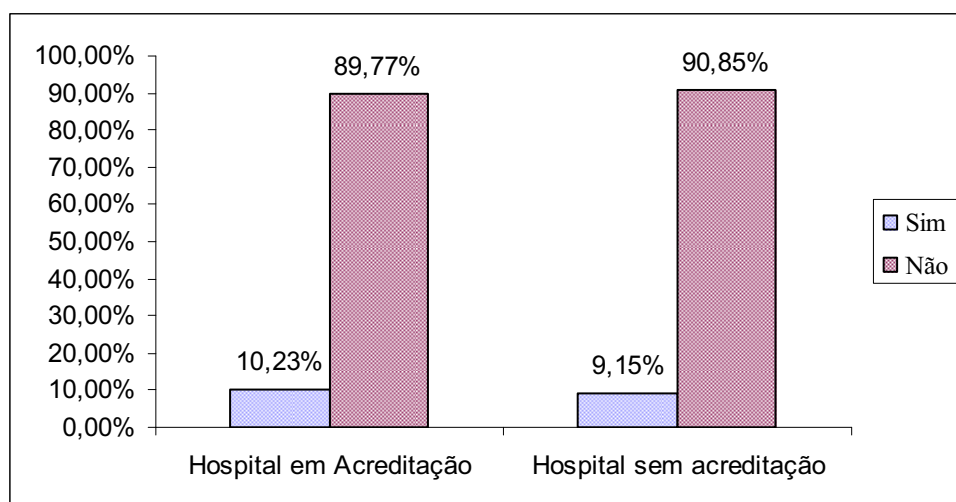
Prestam serviço directo a doentes, 82,95% dos indivíduos que constituem a amostra do hospital em acreditação e 82,64% dos indivíduos que constituem a amostra do hospital sem acreditação.

Quadro 13: Distribuição das amostras por tempo de serviço, exercício de funções de chefia e prestação de cuidados directos aos doentes em função do hospital.

	Hospital em acreditação		Hospital sem acreditação	
	n.º	%	n.º	%
Tempo de serviço	223	100	144	100
Menos 1 ano	7	3,14	9	6,25
1 a 5 anos	76	34,08	30	20,83
6 a 10 anos	40	17,94	31	21,53
11 a 15 anos	27	12,11	38	26,39
16 a 20 anos	27	12,11	18	12,50
21 ou mais anos	46	20,62	18	12,50
	n.º	%	n.º	%
Funções de chefia	215	100	142	100
Sim	22	10,23	13	9,15
Não	193	89,77	129	90,85
	n.º	%	n.º	%
Prestação de serviço directamente a doentes	217	100	144	100
Sim	180	82,95	119	82,64
Não	37	17,05	25	17,36

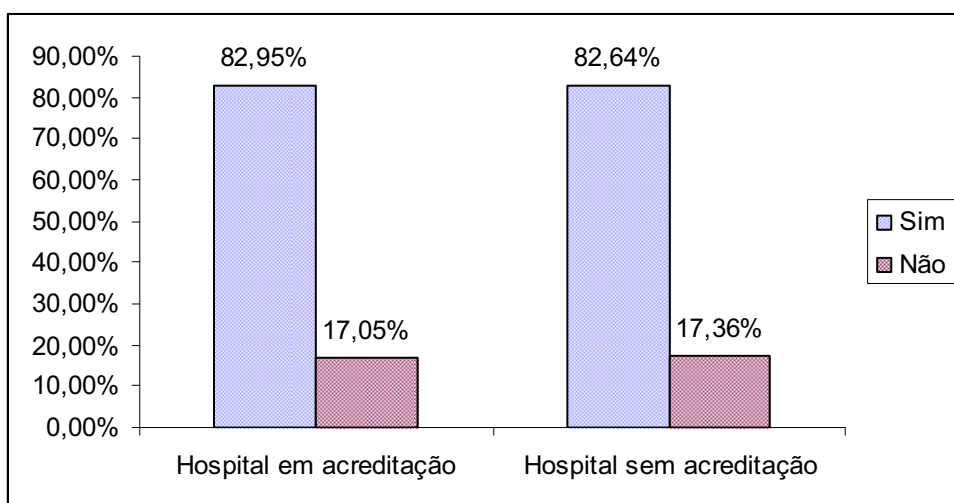
Pela representação gráfica visualiza-se pequena diferença nas amostras em relação ao exercício de funções de chefia.

Gráfico 1: Representação gráfica da distribuição das amostras por exercício de funções de chefia em função do hospital.



Pelo gráfico 2 visualiza-se a homogeneidade na distribuição das amostras no que se relaciona com a prestação de serviços directos aos doentes.

Gráfico 2: Representação gráfica da distribuição das amostras por prestação de serviços directos aos doentes em função do hospital.



2.2.4. Participação em projectos de qualidade

Existem profissionais que participam em projectos de qualidade e outros que não participam, tanto no hospital em processo de acreditação como no hospital sem acreditação. No entanto, nos hospitais em acreditação são mais os que participam (56,02%) e nos hospitais sem acreditação são mais os que não participam (84,62%), como se visualiza no quadro 14.

Quadro 14: Distribuição das amostras pela participação em projectos de qualidade nos hospitais, em função do hospital

Participação em projectos qualidade	Hospital em acreditação N= 216		Hospital sem acreditação N=143	
	n.º	%	n.º	%
Sim	121	56,02	22	15,38
Não	95	43,98	121	84,62

2. 3. VARIÁVEIS RELATIVAS AOS CONTEXTOS HOSPITALARES

De acordo com a informação recolhida, descreve-se a existência de projectos de qualidade e o conhecimento, pelos profissionais, da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e produtos necessários aos hospitais.

2.3.1 Existência de projectos de qualidade

De acordo com quadro 15, no hospital em acreditação 97,29% dos participantes identificaram a acreditação Joint Commission como um projecto de qualidade existente no hospital e 23,08% mencionaram a certificação ISO. Foi referida a existência de outro projecto por um indivíduo, mas sem especificação. É de salientar que 1,81% de pessoas que constituem a amostra do hospital em acreditação não sabem da existência de projectos. No hospital sem acreditação, apenas 3,60% dos sujeitos que constituíram a amostra mencionaram a existência de projectos de qualidade. No entanto, 87,05% dos profissionais que constituíram a amostra não sabem da existência de projectos de qualidade e 9,35% afirmam que não existem.

Quadro 15: Distribuição das amostras pelo conhecimento da existência de projectos de qualidade em função do hospital

Projectos de qualidade	Hospital em acreditação N=221		Hospital sem acreditação N=139	
	n.º	%	n.º	%
Acreditação Joint Commission	215	97,29		
Certificação ISO	51	23,08		
Dor como 5.º sinal vital	-	-	3	2,16
Formação auxiliares	-	-	1	0,72
Comissão Controlo Infecção	-	-	1	0,72
Outro	1	0,45		
<i>Não sabe</i>	4	1,81	121	87,05
Não há			13	9,35

ISO (Organização Internacional de Normalização)

2.3.2 Gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários aos hospitais

De acordo com os dados apresentados no quadro 16, 55,50% dos participantes do hospital em acreditação e 26,76% dos participantes do hospital sem acreditação sabem da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários ao hospital.

Quadro 16: Distribuição das amostras pelo conhecimento da existência de gestão da qualidade dos fornecedores e dos produtos necessários ao hospital, em função do hospital

Gestão da qualidade fornecedores e dos produtos necessários ao hospital	Hospital em acreditação N= 209		Hospital sem acreditação N=142	
	n.º	%	n.º	%
Sim	116	55,50	38	26,76
Não	93	44,50	104	73,24

2.4. VARIÁVEIS RELATIVAS ÀS PRÁTICAS CRÍTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA A PERFORMANCE HOSPITALAR

2.4.1. Características psicométricas da escala

Fidelidade

O estudo da **fidelidade** foi realizado determinando o coeficiente *Alfa* de *Cronbach*, das várias dimensões para avaliar a consistência interna. Segundo HILL e HILL (2002), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número baixo de itens.

O Quadro 17 mostra a fidelidade avaliada através do coeficiente *Alfa* de *Cronbach* para a dimensão liderança. Os valores são bons, de acordo com HILL e HILL (2002), (de 0,852 a 0,893 para os itens e 0,892 para o total da dimensão) e verifica-se que, quando os itens são excluídos, os α descem, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da dimensão, com exceção do item 32 em que o α sobe ligeiramente quando o item é excluído. No entanto, não foi retirado em virtude de não prejudicar substancialmente a homogeneidade da escala e considerar-se importante em termos de conteúdo.

Quadro 17: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *liderança*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
1	Há uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração	2,59	1,01	0,800	0,854
2	A política de qualidade é comunicada a todos os trabalhadores	2,51	1,04	0,810	0,852
3	Parece-lhe haver compromisso do Conselho de Administração com a qualidade	2,73	0,92	0,811	0,852
4	Os líderes apoiam a qualidade disponibilizando os recursos necessários	2,61	0,84	0,653	0,887
32	Existe controlo da qualidade dos serviços	2,64	0,88	0,620	0,893
α de Cronbach total = 0,892					

Os valores do coeficiente *Alfa de Cronbach* para a dimensão orientação para o cliente estão entre 0,751 a 0,806 para os itens e é de 0,813 para o total da dimensão. Quando os itens são excluídos, os α descem, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da dimensão (Quadro 18).

Quadro 18: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *orientação para o cliente*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
5	Existe sintonia entre a política da instituição e as necessidades dos clientes	2,54	0,74	0,651	0,764
6	As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos doentes	2,85	0,79	0,602	0,777
20	As reclamações dos doentes e família são resolvidas num curto espaço de tempo	2,54	0,81	0,502	0,806
33	As sugestões/ reclamações dos clientes são considerados para a implementação de melhorias	2,60	0,80	0,685	0,751
34	A satisfação do cliente é medida	2,33	0,90	0,586	0,784
α de Cronbach total = 0,813					

A dimensão orientação para o pessoal tem um *Alfa de Cronbach* de 0,884 e quando os itens são excluídos, os α descem para valores compreendidos entre 0,855 e 0,876 para 6 itens e mantém-se para o item 35 (0,884) que não foi retirado por não prejudicar substancialmente a homogeneidade da escala e ser teoricamente importante para a gestão da qualidade (Quadro 19).

Quadro 19: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *orientação para o pessoal*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
7	As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos trabalhadores	2,35	0,79	0,621	0,873
14	As pessoas são envolvidas nos processos de melhoria	2,59	0,83	0,725	0,860
15	As pessoas são encorajadas à inovação de ideias originais	2,33	0,81	0,762	0,855
16	Há envolvimento de todos os colaboradores na concepção e planeamento da qualidade	2,24	0,86	0,763	0,855
18	Existe um plano de acolhimento para novos colaboradores	2,42	0,89	0,608	0,876
19	As sugestões dos trabalhadores são consideradas para implementar melhorias	2,27	0,79	0,708	0,862
35	A satisfação dos trabalhadores é medida	1,86	0,75	0,523	0,884
α de Cronbach total = 0,884					

Na avaliação da fidelidade, quadro 20, na dimensão da aprendizagem e inovação resultou um $\alpha=0,807$. Em todos os itens verifica-se que com a sua exclusão os α descem para valores entre 0,747 e 0,803.

Quadro 20: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *aprendizagem e inovação*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
9	O plano de formação dos trabalhadores visa o sucesso e a inovação	2,73	0,73	0,666	0,749
10	O plano de formação dos trabalhadores visa o desenvolvimento de competências	2,83	0,74	0,674	0,747
11	Há formação dos trabalhadores no que respeita ao trabalho em equipa	2,41	0,84	0,582	0,772
12	Há formação de gestores da qualidade	2,16	0,86	0,490	0,803
13	As pessoas participam na definição das suas necessidades de formação	2,50	0,85	0,576	0,775
α de Cronbach total = 0,807					

A dimensão segurança tem um *Alfa de Cronbach* de 0,847 e quando os itens são excluídos, os α descem com valores compreendidos entre 0,806 e 0,845 (Quadro 21).

Quadro 21: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *segurança* (n=368)

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
8	A prevenção de erros ou falhas é considerada uma prática fundamental.	2,78	0,85	0,524	0,838
17	Existe um sistema de segurança e saúde no trabalho	2,81	0,90	0,564	0,833
22	Existe envolvimento com as autarquias para aspectos ambientais	2,06	0,81	0,474	0,845
26	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o doente internado	2,85	0,83	0,713	0,809
27	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o pessoal	2,60	0,86	0,726	0,806
28	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o ambiente	2,65	0,82	0,706	0,810
29	Há medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar	3,25	0,71	0,540	0,835
α de Cronbach total = 0,847					

De acordo com o quadro 22 o *Alfa de Cronbach* da dimensão gestão de processos e dos recursos é de 0,847 e quando os itens são excluídos, os α descem com valores compreendidos entre 0,799 e 0,829 o que evidencia que a inclusão dos itens melhora a homogeneidade da dimensão.

Quadro 22: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *gestão de processos e dos recursos*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
21	Há medição da performance (desempenho de acordo com os objectivos) a todos os níveis	2,38	0,90	0,663	0,814
23	As instalações, equipamentos e materiais são geridos com vista à sua adequação e prevenção de desperdícios.	2,61	0,80	0,666	0,814
24	São utilizados métodos estatísticos para controlar a qualidade	2,40	0,86	0,719	0,799
25	As pessoas são responsabilizadas pelo seu desempenho	2,81	0,86	0,605	0,829
30	Há um controlo e uma melhoria contínua nos processos chave	2,67	0,82	0,627	0,823
α de Cronbach total = 0,847					

A dimensão melhoria contínua tem um *Alfa de Cronbach* de 0,859 e com a exclusão de cada item o α descem, apresentando valores entre 0,794 e 0,835 para 4 itens. Contudo o item 37 ao ser excluído o α sobe ligeiramente ($\alpha=0,874$). Não foi retirado por não prejudicar substancialmente a homogeneidade da escala e considerar-se teoricamente importante para a gestão da qualidade (Quadro 23).

Quadro 23: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da dimensão *melhoria contínua*

N.º item	Item	M	DP	r sem o item	α Cronbach sem o item
31	Existem processos de melhoria contínua	2,70	0,84	0,654	0,835
36	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	2,22	0,84	0,693	0,825
37	Participa na troca de experiências com os outros serviços e outras instituições.	2,07	0,85	0,489	0,874
38	Existem equipas de melhoria da qualidade	2,41	0,95	0,750	0,809
39	São realizados estudos de melhoria da qualidade	2,36	0,92	0,802	0,794
α de Cronbach total = 0,859					

Validade

Validade convergente (correlação de cada item com a dimensão a que pertence)

Pela análise do quadro 17 a 23 verifica-se que, no que diz respeito à correlação entre os itens e a dimensão a que o item pertence, todos os itens satisfazem o critério de correlação $> 0,50$ o que permite referir a homogeneidade dos itens em 100%.

Validade discriminante do item (comparação da correlação do item com a dimensão a que pertence e com as dimensões a que não pertence)

Na avaliação da validade discriminante verifica-se, pelo quadro 24 que nas diversas dimensões quase todos os itens têm uma correlação com a dimensão a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com as dimensões a que não pertencem. Em cada dimensão há itens em que a correlação com a dimensão a que pertencem é superior à correlação com as outras dimensões a que não pertencem, mas a diferença é inferior a 10 pontos.

Em consequência, pode afirmar-se que a maioria dos itens satisfazem os critérios que permitem afirmar que avaliam a dimensão a que pertencem.

Quadro 24: Correlação dos itens com a dimensão a que pertencem (excluindo o item) e com as dimensões a que não pertencem

Itens	Liderança	Orientação cliente	Orientação pessoal	Aprendizagem e inovação	Segurança	Gestão processos e recursos	Melhoria contínua
1	0,883	0,529	0,490	0,455	0,602	0,573	0,541
2	0,891	0,611	0,606	0,507	0,650	0,644	0,647
3	0,883	0,599	0,536	0,491	0,659	0,601	0,585
4	0,767	0,587	0,581	0,501	0,560	0,572	0,479
32	0,748	0,621	0,635	0,561	0,681	0,746	0,693
5	0,625	0,779	0,576	0,545	0,598	0,604	0,520
6	0,610	0,753	0,506	0,441	0,554	0,522	0,457
20	0,373	0,687	0,499	0,444	0,473	0,519	0,377
33	0,529	0,811	0,633	0,546	0,593	0,671	0,647
34	0,533	0,763	0,530	0,495	0,543	0,585	0,681
7	0,515	0,556	0,725	0,511	0,520	0,476	0,458
14	0,620	0,632	0,809	0,683	0,640	0,644	0,634
15	0,505	0,551	0,834	0,677	0,557	0,602	0,532
16	0,612	0,615	0,839	0,723	0,627	0,671	0,659
18	0,539	0,481	0,728	0,514	0,543	0,548	0,447
19	0,439	0,565	0,792	0,604	0,503	0,582	0,488
35	0,390	0,483	0,642	0,518	0,459	0,503	0,623
9	0,477	0,514	0,584	0,790	0,491	0,557	0,423
10	0,442	0,495	0,604	0,795	0,508	0,548	0,427
11	0,362	0,457	0,550	0,750	0,472	0,433	0,448
12	0,547	0,484	0,556	0,692	0,559	0,522	0,610
13	0,422	0,503	0,672	0,749	0,454	0,490	0,484
8	0,579	0,549	0,536	0,526	0,664	0,560	0,447
17	0,661	0,497	0,539	0,434	0,701	0,569	0,519
22	0,424	0,370	0,477	0,463	0,617	0,487	0,450
26	0,556	0,603	0,518	0,491	0,803	0,668	0,531
27	0,533	0,536	0,561	0,481	0,816	0,581	0,597
28	0,527	0,595	0,581	0,531	0,798	0,658	0,617
29	0,510	0,529	0,407	0,409	0,655	0,569	0,465
21	0,584	0,669	0,652	0,581	0,621	0,800	0,587
23	0,599	0,556	0,580	0,505	0,617	0,789	0,522
24	0,668	0,642	0,619	0,555	0,671	0,831	0,674
25	0,473	0,516	0,501	0,472	0,592	0,756	0,463
30	0,622	0,628	0,607	0,544	0,689	0,765	0,727
31	0,665	0,655	0,637	0,571	0,696	0,752	0,779
36	0,505	0,670	0,628	0,561	0,551	0,597	0,807
37	0,331	0,389	0,487	0,379	0,391	0,388	0,661
38	0,631	0,554	0,520	0,487	0,590	0,600	0,856
39	0,669	0,586	0,591	0,565	0,638	0,676	0,885

Correlação entre as várias dimensões

No quadro 25 observa-se que existe uma correlação positiva e significativa ($p \leq 0,01$) entre as várias dimensões. Uma correlação positiva entre estas dimensões indica que o

aumento numa das dimensões se encontra associado a um aumento nas restantes dimensões.

Quadro 25 - Matriz de correlações de *Pearson* entre as sete dimensões da EPCGQPH

	Liderança	Orientação cliente	Orientação pessoal	Aprendizagem em inovação	Segurança	Gestão processos e recursos	Melhoria contínua
Liderança	1,000						
Orientação cliente	0,701*	1,000					
Orientação pessoal	0,677*	0,723*	1,000				
Aprendizagem inovação	0,598*	0,651*	0,788*	1,000			
Segurança	0,752*	0,727*	0,718*	0,660*	1,000		
Gestão processos e recursos	0,746*	0,765*	0,751*	0,675*	0,808*	1,000	
Melhoria contínua	0,704*	0,713*	0,714*	0,640*	0,718*	0,754*	1,000

* Significativo para $p \leq 0,01$

2.4.2. Dimensões da escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar (EPCGQFH)

Pelo quadro 26 verifica-se que, em média, os participantes do hospital em acreditação perceberam mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar do que os participantes do hospital sem acreditação. A liderança ($M=3,05$; $DP=0,55$) e a segurança ($M=2,95$; $DP=0,51$) são as dimensões de maior valor médio no hospital em acreditação, sendo as piores a orientação para o pessoal ($M=2,49$; $DP=0,59$), com um valor médio inferior ao valor da mediana da dimensão.

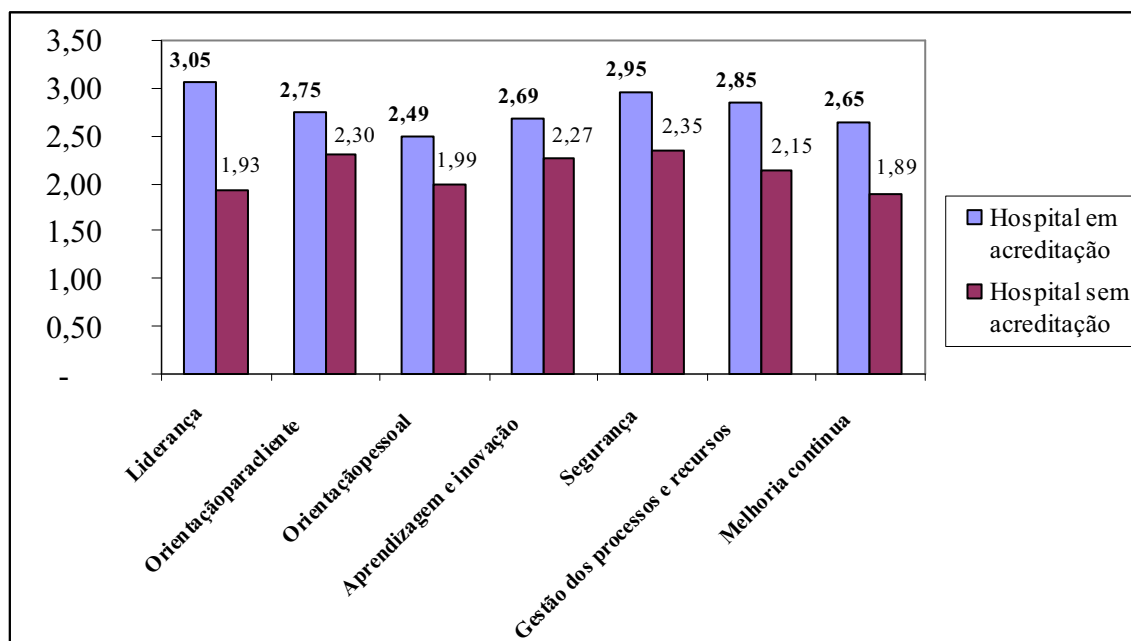
No hospital sem acreditação todas as dimensões apresentam um valor de média inferior ao valor da mediana da dimensão, sendo as mais percebidas a segurança ($M=2,35$; $DP=0,53$) e a orientação para o cliente ($M=2,30$; $DP=0,56$) e a menos percebida a melhoria contínua ($M=1,89$; $DP=0,62$).

Quadro 26: Distribuição das amostras quanto às dimensões das práticas críticas da gestão da qualidade para a performance hospitalar, em função do hospital.

Dimensões	Hospital em acreditação N= 224		Hospital sem acreditação N=144	
	M	DP	M	DP
Liderança	3,05	0,55	1,93	0,59
Orientação para cliente	2,75	0,58	2,30	0,56
Orientação para pessoal	2,49	0,59	1,99	0,55
Aprendizagem e inovação	2,69	0,57	2,27	0,57
Segurança	2,95	0,51	2,35	0,53
Gestão dos processos e recursos	2,85	0,57	2,15	0,59
Melhoria contínua	2,65	0,59	1,89	0,62

Pelo gráfico 3 visualizam-se as diferenças em todas as dimensões e uma maior diferença na dimensão liderança e uma menor diferença na aprendizagem e inovação.

Gráfico 3: Representação gráfica das médias das dimensões da escala de práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar em função do hospital



2.4.3. Hipóteses

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o hospital está ou não em processo de acreditação.

No quadro 27 verifica-se que nas diversas dimensões, os participantes do hospital em processo de acreditação percebem mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar do que os do hospital sem acreditação.

Na dimensão liderança constata-se que, em média, os participantes do hospital em acreditação percebem mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar (M=3,05; DP=0,55), do que os do hospital sem acreditação (M=1,93; DP=0,59). Essas diferenças são estatisticamente e altamente significativas ($t=18,576$; $p < 0,001$).

Na dimensão orientação para o cliente as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar são, em média, mais percebidas pelos profissionais do hospital em processo de acreditação (M=2,75; DP=0,58) do que pelos profissionais do hospital sem processo de acreditação (M=2,30; DP=0,56), com diferenças com alto significado estatístico ($t=7,359$; $p < 0,001$).

Na dimensão orientação para o pessoal também se verifica que em média são percebidas mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar no hospital em processo de acreditação (M=2,49; DP=0,59) do que no hospital sem processo de acreditação (M=1,99; DP=0,55), havendo diferenças estatisticamente e altamente significativas ($t=8,259$; $p < 0,001$).

A dimensão aprendizagem e inovação também apresenta, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas pelos participantes do hospital em processo de acreditação (M=2,69; DP=0,57) do que pelos do hospital sem acreditação (M=2,27; DP=0,57). Essas diferenças são estatisticamente e altamente significativas, mas é a dimensão onde as diferenças são menores ($t=6,894$; $p < 0,001$).

Na segurança continua-se a verificar que, em média, são percebidas mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar pelos participantes do hospital em processo de acreditação (M=2,95; DP=0,51) do que pelos participantes do hospital sem processo de acreditação (M=2,35; DP=0,53), com diferenças com alto significado estatístico ($t=10,750$; $p < 0,001$).

Na dimensão gestão dos processos e dos recursos mantêm-se as diferenças com alto significado estatístico ($t= 11,323$; $p < 0,001$), sendo, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas pelos participantes do hospital em acreditação ($M=2,85$; $DP=0,57$) do que pelos participantes do hospital sem acreditação ($M=2,15$; $DP=0,59$).

Mantêm-se diferenças estatisticamente e altamente significativas para a dimensão melhoria contínua ($t=11,697$; $p < 0,001$) em que, em média, são percebidas mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar no hospital em acreditação ($M=2,65$; $DP=0,59$) do que no hospital sem acreditação ($M=1,89$; $DP=0,62$).

Na análise dos itens de cada dimensão também se verifica que, em média, nos hospitais em acreditação são percebidos com maior frequência, sendo essas diferenças muito significativas em todos os itens.

As práticas percebidas como ocorrendo com maior frequência pelos inquiridos situam-se na dimensão liderança e segurança no hospital em acreditação. Na segurança, no item existência de medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar ($M=3,42$; $DP=0,66$) e no item sistema de segurança e saúde no trabalho ($M=3,17$; $DP=0,70$). Na liderança a existência de compromisso do Conselho de Administração com a qualidade ($M=3,16$; $DP=0,71$) e de uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração ($M=3,14$; $DP=0,77$).

Os itens com médias mais altas no hospital sem acreditação encontram-se na dimensão segurança, também no item da existência de medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar, embora com valores inferiores ($M=2,99$; $DP= 0,70$); e na dimensão aprendizagem e inovação, no item do plano de formação dos trabalhadores visar o desenvolvimento de competências ($M=2,65$; $DP=0,76$).

Os itens com médias mais baixas no hospital em processo de acreditação estão na dimensão orientação do pessoal na medição da satisfação dos trabalhadores ($M=1,99$; $DP= 0,77$), na dimensão da melhoria contínua, no item da participação na troca de experiências com os outros serviços e outras instituições ($M=2,18$; $DP=0,88$) e na dimensão segurança na existência de envolvimento com as autarquias para aspectos ambientais ($M=2,27$; $DP=0,83$). Para além destes, existem itens com médias inferiores ao valor da mediana da escala (2,5) nos hospitais em processo de acreditação: a consideração das sugestões dos trabalhadores para implementar melhorias ($M=2,40$; $DP=0,82$) e a existência de formação de gestores da qualidade ($M=2,44$; $DP=0,82$).

No hospital sem acreditação a maioria dos itens têm médias inferiores ao valor da mediana da escala, sendo o mais baixo a comunicação da política de qualidade aos trabalhadores (M=1,59; DP=0,71) seguida da medição da satisfação dos trabalhadores (M=1,67; DP=0,69).

Pelos valores do nível de significância pode afirmar-se que a hipótese nula é rejeitada H0: (não existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o hospital está ou não em processo de acreditação). Assim pode afirmar-se que no hospital em acreditação são, em média, percebidas mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar que no hospital sem acreditação.

Quadro 27 - Médias e desvios padrão nos itens e dimensões da EPCGQPH, em função hospital estar ou não em acreditação, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

		Hospital em acreditação (n=224)		Hospital sem acreditação (n=144)		t	P
<i>Descrição do item</i>		M	DP	M	DP		
1	Há uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração	3,14	0,77	1,74	0,72	17,465	0,000
2	A política de qualidade é comunicada a todos os trabalhadores	3,09	0,76	1,59	0,71	18,997	0,000
3	Parece-lhe haver compromisso do Conselho de Administração com a qualidade	3,16	0,71	2,06	0,78	13,854	0,000
4	Os líderes apoiam a qualidade disponibilizando os recursos necessários	2,88	0,74	2,18	0,82	8,247	0,000
32	Existe controlo da qualidade dos serviços	2,99	0,70	2,08	0,83	10,896	0,000
Liderança		3,05	0,55	1,93	0,59	18,576	0,000
5	Existe sintonia entre a política da instituição e as necessidades dos clientes	2,74	0,70	2,23	0,69	7,211	0,000
6	As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos doentes	3,02	0,75	2,59	0,77	5,780	0,000
20	As reclamações dos doentes e família são resolvidas num curto espaço de tempo	2,61	0,83	2,42	0,78	2,196	0,029
33	As sugestões/ reclamações dos clientes são considerados para a implementação de melhorias	2,78	0,76	2,31	0,79	5,243	0,000
34	A satisfação do cliente é medida	2,59	0,87	1,94	0,82	6,830	0,000
Orientação para o cliente		2,75	0,58	2,30	0,56	7,359	0,000
7	As políticas e as estratégias têm em consideração os direitos dos trabalhadores	2,50	0,76	2,13	0,78	4,498	0,000
14	As pessoas são envolvidas nos processos de melhoria	2,87	0,76	2,17	0,74	8,733	0,000
15	As pessoas são encorajadas à inovação de ideias originais	2,51	0,80	2,06	0,74	5,601	0,000
16	Há envolvimento de todos os colaboradores na concepção e planeamento da qualidade	2,50	0,83	1,83	0,73	8,117	0,000
18	Existe um plano de acolhimento para novos colaboradores	2,70	0,85	1,99	0,76	8,345	0,000
19	As sugestões dos trabalhadores são consideradas para implementar melhorias	2,40	0,82	2,07	0,70	4,184	0,000
35	A satisfação dos trabalhadores é medida	1,99	0,77	1,67	0,69	3,998	0,000
Orientação para o pessoal		2,49	0,59	1,99	0,55	8,259	0,000

(continua)

Quadro 27 - Médias e desvios padrão nos itens e dimensões da EPCGQPH, em função hospital estar ou não em acreditação, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

(continuação)		Hospital em acreditação (n=224)		Hospital sem acreditação (n=144)		t	P
		M	DP	M	DP		
Descrição dos itens		M	DP	M	DP	t	P
9	O plano de formação dos trabalhadores visa o sucesso e a inovação	2,86	0,73	2,52	0,70	4,463	0,000
10	O plano de formação dos trabalhadores visa o desenvolvimento de competências	2,94	0,70	2,65	0,76	3,597	0,000
11	Há formação dos trabalhadores no que respeita ao trabalho em equipa	2,53	0,82	2,23	0,83	3,338	0,001
12	Há formação de gestores da qualidade	2,44	0,82	1,72	0,75	8,512	0,000
13	As pessoas participam na definição das suas necessidades de formação	2,69	0,82	2,22	0,82	5,267	0,000
Aprendizagem e inovação		2,69	0,57	2,27	0,57	6,894	0,000
8	A prevenção de erros ou falhas é considerada uma prática fundamental.	3,01	0,73	2,42	0,90	6,715	0,000
17	Existe um sistema de segurança e saúde no trabalho	3,17	0,70	2,25	0,88	10,580	0,000
22	Existe envolvimento com as autarquias para aspectos ambientais	2,27	0,83	1,74	0,66	6,674	0,000
26	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o doente internado	3,05	0,76	2,53	0,82	6,210	0,000
27	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o pessoal	2,82	0,83	2,26	0,79	6,388	0,000
28	Há processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos para o ambiente	2,89	0,73	2,26	0,80	7,581	0,000
29	Há medidas explícitas para o controlo da infeção hospitalar	3,42	0,66	2,99	0,70	5,864	0,000
Segurança		2,95	0,51	2,35	0,53	10,750	0,000
21	Há medição da performance (desempenho de acordo com os objectivos) a todos os níveis	2,62	0,86	1,99	0,83	6,947	0,000
23	As instalações, equipamentos e materiais são geridos com vista à sua adequação e prevenção de desperdícios.	2,89	0,69	2,17	0,77	9,095	0,000
24	São utilizados métodos estatísticos para controlar a qualidade	2,76	0,74	1,84	0,73	11,699	0,000
25	As pessoas são responsabilizadas pelo seu desempenho	3,00	0,84	2,51	0,83	5,471	0,000
30	Há um controlo e uma melhoria contínua nos processos chave	2,96	0,71	2,22	0,78	9,218	0,000
Gestão dos processos e dos recursos		2,85	0,57	2,15	0,59	11,323	0,000
31	Existem processos de melhoria contínua	3,03	0,67	2,19	0,81	10,400	0,000
36	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	2,43	0,81	1,89	0,79	6,272	0,000
37	Participa na troca de experiências com os outros serviços e outras instituições.	2,18	0,88	1,90	0,78	3,106	0,002
38	Existem equipas de melhoria da qualidade	2,82	0,81	1,78	0,79	12,227	0,000
39	São realizados estudos de melhoria da qualidade	2,78	0,78	1,72	0,74	13,010	0,000
Melhoria contínua		2,65	0,59	1,89	0,62	11,697	0,000

Pelas diferenças verificadas na percepção das práticas críticas de gestão da qualidade, entre os hospitais, optou-se por testar as restantes hipóteses separando os hospitais.

H2: Existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a participação em projectos, no hospital em acreditação e no hospital sem acreditação.

O quadro 28 evidencia que as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar são, em média, mais percepcionadas por quem participa em projectos de qualidade do que por quem não participa. Nos hospitais em acreditação as médias mais altas dos que participam em projectos de qualidade estão nas mesmas dimensões das médias mais altas dos que não participam: liderança (M=3,16; para os que participam e M=2,93 para os que não participam) e segurança (M=3,02 para os que participam e M=2,85 para os que não participam). O mesmo se verifica em relação às médias mais baixas que se localizam nas mesmas dimensões: orientação para o pessoal (M=2,61 para os que participam e M=2,34 para os que não participam) e melhoria contínua (M=2,72 para os que participam e M=2,55 para os que não participam).

Nos hospitais sem acreditação as duas dimensões onde se localizam as médias mais altas também são as mesmas para os que participam em projectos de qualidade e para os que não participam, embora não com a mesma ordem. A orientação para o cliente tem a maior média dos que participam (M=2,53; DP=0,46) e a segunda maior média dos que não participam (M=2,25; DP=0,57); e a dimensão segurança a segunda maior média dos que participam (M=2,51; DP=0,52) e a maior média dos que não participam (M=2,32; DP=0,53). A média mais baixa também se situa na mesma dimensão (melhoria contínua), tanto para os que participam em projectos de qualidade (M=2,18; DP=0,64), como para os que não participam (M=1,84; DP=0,61), logo seguida da dimensão orientação para o pessoal em que os que participam em projectos de qualidade têm a segunda pior média (M=2,23; DP=0,59) e os que não participam a terceira pior (M=1,94; DP=0,53). A segunda pior média para os que não participam está na dimensão liderança (M=1,86; DP=0,58).

Nos hospitais em acreditação os sujeitos que participam em projectos de qualidade percepcionam, em média, mais práticas em todas as dimensões quando comparados com os que não participam em projectos de qualidade, sendo essas diferenças altamente significativas para as dimensões orientação para o cliente ($t=3,220$; $p \leq 0,001$) e orientação

do pessoal ($t=3,441$; $p \leq 0,001$); muito significativas para a dimensão liderança ($t=3,129$; $p \leq 0,01$); significativas para as dimensões aprendizagem e inovação ($t=2,544$; $p \leq 0,05$), segurança ($t=2,549$; $p \leq 0,05$) e melhoria contínua ($t=2,126$; $p \leq 0,05$). Na dimensão gestão dos processos e recursos essas diferenças existem mas sem significado estatístico ($t=1,774$; $p > 0,05$).

O mesmo se verifica nos hospitais sem acreditação em que os indivíduos que participam em projectos de qualidade, em média, percebem mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar dos que não participam. Essas diferenças são altamente significativas na dimensão liderança ($t=3,406$; $p \leq 0,001$) e significativas para as dimensões orientação para o pessoal ($t=2,342$; $p \leq 0,05$), melhoria contínua ($t=2,333$; $p \leq 0,05$) e orientação para o cliente ($t=2,151$; $p \leq 0,05$). As diferenças não têm significado estatístico nas restantes dimensões.

Pelos resultados rejeita-se a hipótese H0 para as dimensões liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal e melhoria contínua, mas aceita-se a hipótese H0 na dimensão gestão dos processos e dos recursos (não existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a participação em projectos, nos hospitais em ou sem acreditação), pelo que se pode afirmar que existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, na liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal e melhoria contínua, consoante a participação em projectos, no hospital em acreditação e no hospital sem acreditação.

Quadro 28 - Médias e desvios padrão nos itens e dimensões da EPCGQPH, em função da participação ou não em projectos de qualidade no hospital com acreditação e no hospital sem acreditação e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

		Participação em Projectos qualidade n=143			Não participação em projectos qualidade n=216				
		N	M	DP	N	M	DP	t	p
Práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar									
Hospital em acreditação n=224	Liderança	121	3,16	0,52	95	2,93	0,55	3,129	0,002
	Orientação cliente	121	2,86	0,52	95	2,61	0,61	3,220	0,001
	Orientação pessoal	121	2,61	0,55	95	2,34	0,60	3,441	0,001
	Aprendizagem e inovação	121	2,78	0,55	95	2,59	0,55	2,544	0,012
	Segurança	121	3,02	0,44	95	2,85	0,56	2,549	0,012
	Gestão processos e recursos	121	2,90	0,52	95	2,77	0,61	1,774	0,077
	Melhoria contínua	121	2,72	0,57	95	2,55	0,61	2,126	0,035
Hospital sem acreditação n=144	Liderança	22	2,31	0,50	121	1,86	0,58	3,406	0,001
	Orientação cliente	22	2,53	0,46	121	2,25	0,57	2,151	0,033
	Orientação pessoal	22	2,23	0,59	121	1,94	0,53	2,342	0,021
	Aprendizagem inovação	22	2,46	0,43	121	2,23	0,58	1,761	0,080
	Segurança	22	2,51	0,52	121	2,32	0,53	1,544	0,125
	Gestão processos e recursos	22	2,32	0,60	121	2,11	0,59	1,472	0,143
	Melhoria contínua	22	2,18	0,64	121	1,84	0,61	2,333	0,021

H3: Existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o exercício de funções de chefia, no hospital em acreditação e no hospital sem acreditação.

Os dados do quadro 29 evidenciam que quem exerce funções de chefia, em média, percebe mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nas dimensões aprendizagem e inovação e melhoria contínua. Nas restantes, liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal, segurança e gestão de processos e recursos, nos hospitais em acreditação, em média, quem não exerce funções de chefia percebe mais práticas do que quem exerce. Isto também se verifica no hospital sem

acreditação para a dimensão liderança, mas nas restantes quem exerce funções de chefia percebe mais práticas.

No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas tanto para o hospital em acreditação como para o hospital sem acreditação, pelo que se aceita H0: Não existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar consoante o exercício de funções de chefia, no hospital em acreditação e no hospital sem acreditação.

Quadro 29 - Médias e desvios padrão nas dimensões da EPCGQPH, em função do exercício de funções de chefia, no hospital com e hospital sem acreditação e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar		Exerce funções chefia n=35			Não exerce funções chefia n=322			t	p
		N	M	DP	N	M	DP		
Hospital em acreditação n=224	Liderança	22	3,01	0,36	193	3,04	0,56	-0,345	0,732
	Orientação cliente	22	2,70	0,49	193	2,74	0,59	-0,317	0,752
	Orientação pessoal	22	2,40	0,61	193	2,50	0,60	-0,787	0,432
	Aprendizagem inovação	22	2,69	0,62	193	2,68	0,57	0,105	0,916
	Segurança	22	2,82	0,54	193	2,96	0,51	-1,209	0,228
	Gestão processos e recursos	22	2,66	0,60	193	2,86	0,56	-1,600	0,111
	Melhoria contínua	22	2,75	0,41	193	2,63	0,60	0,905	0,366
Hospital sem acreditação n=144	Liderança	13	1,80	0,53	129	1,93	0,58	-0,778	0,438
	Orientação cliente	13	2,48	0,45	129	2,27	0,56	1,268	0,207
	Orientação pessoal	13	2,10	0,36	129	1,97	0,56	1,125	0,275
	Aprendizagem inovação	13	2,34	0,51	129	2,26	0,56	0,518	0,605
	Segurança	13	2,44	0,47	129	2,34	0,54	0,658	0,512
	Gestão processos e recursos	13	2,25	0,68	129	2,14	0,58	0,626	0,533
	Melhoria contínua	13	1,97	0,66	129	1,88	0,61	0,508	0,612

H4: Existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a prestação directa de serviços aos doentes pelos participantes, no hospital em acreditação e no hospital sem acreditação.

No hospital com acreditação quem presta serviços directamente aos doentes percepciona em média mais práticas em todas as dimensões do que os que não prestam, com excepção da dimensão segurança e melhoria contínua (quadro 30). No entanto, estas diferenças só têm significado estatístico na dimensão orientação para o pessoal ($t=2,548$; $p<0,05$), e na aprendizagem e inovação ($t=2,604$; $p<0,05$).

Neste hospital, a dimensão mais percepcionada pelos que prestam serviços directos a doentes é a liderança ($M=3,10$; $DP=0,57$) seguida da segurança ($M=2,95$; $DP=0,52$) e a menos percepcionada é a dimensão orientação para o pessoal ($M=2,55$; $DP=0,57$). Em relação aos que não prestam serviços directamente a doentes percepcionam, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar na dimensão segurança ($M=2,97$; $DP=0,49$) seguida da liderança ($M=2,91$; $DP=0,46$). A dimensão menos pontuada também é a orientação para o pessoal ($M=2,28$; $DP=0,65$).

No hospital sem acreditação é quem não presta serviço directamente aos doentes que percepciona mais práticas em todas as dimensões, sendo essas diferenças estatisticamente e altamente significativas na dimensão melhoria ($t=-3,544$; $p\leq 0,001$) e significativas nas dimensões orientação para o cliente ($t=-2,181$; $p<0,05$) e segurança ($t=-2,339$; $p<0,05$). A dimensão segurança é a mais percepcionada para os que prestam ($M=2,30$; $DP=0,54$) e para os que não prestam cuidados directamente a doentes ($M=2,57$; $DP=0,40$).

Pelos valores do nível de significância pode afirmar-se que a hipótese nula (não existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante a prestação directa de serviços aos doentes pelos participantes do hospital em acreditação e do hospital sem acreditação) é rejeitada para as dimensões orientação para o pessoal e aprendizagem e inovação no hospital em acreditação e para as dimensões orientação para o cliente, segurança e melhoria contínua para o hospital sem acreditação.

Pode afirmar-se que no hospital em acreditação quem presta serviço directamente aos doentes, em média, percepciona mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nas dimensões orientação para o pessoal e aprendizagem e inovação do que quem não presta e as diferenças são estatisticamente significativas. No

hospital sem acreditação quem não presta serviço directamente aos doentes, em média, percebe mais práticas críticas da gestão da qualidade para a performance hospitalar nas dimensões orientação para o cliente, segurança e melhoria contínua do que quem presta e as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 30 - Médias e desvios padrão nas dimensões da EPCGQPH, em função da prestação de serviço directamente a doentes no hospital com e hospital sem acreditação e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar		Presta serviço directo a doentes n=229			Não presta serviço directo a doentes n =62			t	p
		N	M	DP	N	M	DP		
Hospital em acreditação n=224	Liderança	180	3,10	0,57	37	2,91	0,46	1,859	0,064
	Orientação cliente	180	2,80	0,58	37	2,60	0,51	1,859	0,064
	Orientação pessoal	180	2,55	0,57	37	2,28	0,65	2,548	0,012
	Aprendizagem inovação	180	2,74	0,56	37	2,48	0,55	2,604	0,010
	Segurança	180	2,95	0,52	37	2,97	0,49	-0,139	0,890
	Gestão processos e recursos	180	2,89	0,59	37	2,70	0,42	1,828	0,069
	Melhoria contínua	180	2,64	0,58	37	2,75	0,58	-1,073	0,284
Hospital sem acreditação n=144	Liderança	119	1,90	0,59	25	2,09	0,57	-1,485	0,140
	Orientação cliente	119	2,25	0,57	25	2,52	0,43	-2,181	0,031
	Orientação pessoal	119	1,96	0,54	25	2,13	0,57	-1,399	0,164
	Aprendizagem inovação	119	2,24	0,58	25	2,40	0,47	-1,510	0,139
	Segurança	119	2,30	0,54	25	2,57	0,40	-2,339	0,021
	Gestão processos e recursos	119	2,11	0,61	25	2,30	0,49	-1,465	0,145
	Melhoria contínua	119	1,81	0,61	25	2,28	0,55	-3,544	0,001

3. ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta secção discutem-se os dados, apresentados anteriormente, com uma análise crítica fundamentada no quadro conceptual de referência. Para não repetir informação desnecessária, após uma breve referência às amostras e às propriedades psicométricas dos instrumentos, descrevem-se os resultados de acordo com os objectivos e as hipóteses em estudo. Quando não for mencionado o período a que se referem os dados, estes são referentes aos primeiros cinco meses de 2007.

As amostras incluíram participantes de diversos grupos profissionais com grande representatividade do sexo feminino, 86,87% no hospital em acreditação e 69,22% no hospital sem acreditação, e do grupo profissional de enfermeiros 46,60% no hospital em acreditação e 42,66% no hospital sem acreditação. Estes também são o grupo mais numeroso dos quadros de pessoal dos hospitais, de acordo com os dados cedidos pelos serviços administrativos dos hospitais.

Os resultados obtidos nas propriedades psicométricas do instrumento utilizado direccionam para uma boa avaliação no que se refere à fidelidade e à validade, uma vez que não se afastam dos critérios apontados pelos autores. Na fidelidade, os valores do alfa de Cronbach foram superiores a 0,80, em todas as dimensões, variando entre 0,807 e 0,892. De acordo com Hill e Hill (2002) considera-se uma boa consistência interna, pois excede o valor de 0,80, mesmo com poucos itens em cada dimensão. Em relação aos itens, a presença de cada item melhorou a homogeneidade da escala, com excepção de três itens (32, 35 e 37). Estes não foram retirados por não prejudicarem a homogeneidade da escala e pelo seu conteúdo ser importante.

Na validade convergente, todos os itens satisfizeram o critério de correlação $> 0,50$ com a dimensão a que pertenciam. Na validade discriminante, verificou-se que nas diversas dimensões todos os itens se revelaram com uma correlação com as dimensões a que pertenciam superiores à correlação com as dimensões a que não pertenciam. No entanto, em alguns itens esta correlação não foi superior a 10 pontos, o que indicia que a escala poderá ser melhorada.

Resultados de performance dos hospitais de acordo com os objectivos de qualidade e eficiência.

Na caracterização da eficiência dos hospitais, constatou-se a dificuldade no acesso à informação nos dois hospitais. A informação disponível no Ministério da Saúde era anterior a 2006. O hospital sem acreditação divulgou internamente essa informação, pelo que o seu acesso foi mais fácil do que no hospital em acreditação. Este facto, não evidencia conformidade com o estudo do Instituto da Qualidade em Saúde (2004), que mencionava a existência de um sistema de informação como um benefício do processo de acreditação.

Os indicadores de produção indicam uma maior produção no hospital sem acreditação, sobretudo a nível do número de consultas e de urgências. Este resultado seria de esperar, pois o número de médicos é maior no hospital sem acreditação. No entanto, essas diferenças quase não se verificam no internamento, em que o hospital em acreditação tratou 20,57 doentes por cama e o hospital sem acreditação tratou 21,5, pelo que a diferença é apenas de 1 doente tratado por cama.

Com base nos indicadores estatísticos considerados pelo Ministério da Saúde (2006c) para avaliação do desempenho dos hospitais, verifica-se que a demora média é mais elevada no hospital em acreditação (6,19) do que no hospital sem acreditação (5,8). Este valor mais baixo no hospital sem acreditação pode ser influenciado pela existência da valência de obstetrícia que, segundo as estatísticas da Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (2006b), inclui o diagnóstico com maior peso na produção das instituições de saúde públicas e com menor demora média. A demora média nacional em 2006 (7,03) é superior à apresentada pelos hospitais em estudo, mas não há dados para avaliar o melhor resultado. Uma demora média elevada diminui o número de doentes tratados, mas uma demora média muito baixa pode indicar uma alta precoce.

Neste contexto, é importante avaliar a taxa de readmissões no internamento nos primeiros 5 dias que é considerada pela Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (2007) um indicador da efectividade clínica. A efectividade é uma dimensão da qualidade evidenciada pelos diversos autores: (Saltman e Figueras, 1997; Pisco, 2001; e Bengoa, et al., 2006). Assim, o hospital sem acreditação apresentou uma taxa de readmissões (1,61%) ligeiramente inferior ao hospital em acreditação (1,8%), pelo que, neste período e tendo por base este indicador, o hospital sem acreditação evidenciou-se mais efectivo.

Na acessibilidade às consultas, outra dimensão da qualidade evidenciada pelos mesmos autores, o hospital em acreditação realizou mais primeiras consultas (8197), com um peso de 37,29% no total de consultas, do que o hospital sem acreditação (26888), com um peso de 28,37%. Os resultados sugerem que o hospital em acreditação evidenciou-se mais acessível.

Em relação ao desempenho económico-financeiro e tendo por base os resultados de 2005, o custo por doente tratado foi superior ao custo equivalente nos hospitais do mesmo grupo económico. Esta diferença é maior para o internamento e no hospital sem acreditação (+ 131,88 euros). Este dado indicia a necessidade de maior eficiência na utilização de recursos nos dois hospitais, mas mais premente no hospital sem acreditação. Esta parece ser a única direcção a apontar por estes resultados, pois, como refere Berg et al (2005), a falta de informação e a diferença de contextos impossibilitam uma rigorosa comparação.

Existência de projectos de qualidade

A acreditação pela Joint Commission International foi um projecto de qualidade identificado por 97,29% dos participantes do hospital em acreditação e a certificação ISO por 23,08%. Embora em percentagem reduzida, é de salientar que 1,81% dos participantes não sabiam da existência de projectos, evidenciando que não foram envolvidos. O envolvimento de todo o pessoal é imprescindível na gestão da qualidade, como referencia Feigenbaum (1991), Sale (2000) e Godfrey (2001) a acreditação não originou que esse objectivo fosse globalmente atingido.

No hospital sem acreditação são referenciados 5 projectos. Estes não são valorizados por muitos profissionais, pois 87,05% da amostra não sabiam da sua existência e 9,35% não os consideravam como projectos.

Estes resultados indiciam que a acreditação e a certificação são identificadas pelos profissionais como projectos de qualidade e os outros programas não são considerados, pela maioria dos profissionais, como projectos de qualidade.

Participação dos profissionais nos projectos de qualidade

Existem diferenças entre as amostras no que se relaciona com a participação dos profissionais em projectos de qualidade. Na amostra do hospital em acreditação, 56,02%

dos profissionais participam em projectos de qualidade e, no hospital sem acreditação, apenas participam 15,38% da amostra. É de salientar o número excessivo dos que referem que não participaram em projectos de qualidade no hospital em acreditação pois, de acordo com França (2000), a acreditação é definida como um programa que abrange toda a organização com envolvimento de todos os profissionais. Esta afirmação é comum à Joint Commission (2007) e ao Instituto da Qualidade na Saúde (2004) ao enumerar os benefícios resultantes do estudo do impacto da acreditação nos profissionais de saúde.

Nos hospitais em acreditação os sujeitos que participaram em projectos de qualidade perceberam mais práticas em todas as dimensões, quando comparados com os que não participaram em projectos de qualidade. Essas diferenças foram altamente significativas para as dimensões orientação para o cliente ($t=3,220$; $p \leq 0,001$) e orientação do pessoal ($t=3,441$; $p \leq 0,001$); muito significativas para a dimensão liderança ($t=3,129$; $p \leq 0,01$); e significativas para as dimensões aprendizagem e inovação ($t=2,544$; $p \leq 0,05$), segurança ($t=2,549$; $p \leq 0,05$) e melhoria contínua ($t=2,126$; $p \leq 0,05$). Na dimensão gestão dos processos e recursos essas diferenças existem mas sem significado estatístico ($t=1,774$; $p > 0,05$).

Também no hospital sem acreditação se verificou que os sujeitos que participaram em projectos de qualidade, em média, perceberam mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar do que os que não participaram. Essas diferenças foram altamente significativas na dimensão liderança ($t=3,406$; $p \leq 0,001$) e significativas para as dimensões orientação para o pessoal ($t=2,151$; $p \leq 0,05$), melhoria contínua ($t=2,333$; $p \leq 0,05$) e orientação para o cliente ($t=2,151$; $p \leq 0,05$). Não tiveram significado estatístico nas restantes dimensões.

Pode afirmar-se que existem diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar na liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal e melhoria contínua, consoante a participação em projectos, nos hospitais em ou sem acreditação, pelo que se pode deduzir que a participação é importante para a percepção das práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, tanto nos hospitais em acreditação como nos hospitais sem acreditação.

Práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar

As práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar foram percebidas pelos participantes nas amostras dos dois hospitais, sendo que, em média, os participantes do hospital em acreditação perceberam mais práticas do que os do hospital sem acreditação. Essas diferenças são estatisticamente e altamente significativas na dimensão liderança ($t=18,576$; $p<0,001$), na dimensão orientação para o cliente ($t=7,359$; $p<0,001$), na dimensão aprendizagem e inovação ($t=6,894$; $p<0,001$), na dimensão segurança ($t=10,750$; $p<0,001$), na dimensão gestão dos processos e dos recursos ($t=11,323$; $p<0,001$), na dimensão melhoria contínua ($t=11,697$; $p<0,001$).

Pelos valores do nível de significância pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, consoante o hospital está ou não em processo de acreditação. Esse facto confirma a afirmação de Shaw (2003a) e de Øvretveit (2003) de que os programas de acreditação surgem como uma solução para a gestão da qualidade nos hospitais; e de Pomey et al (2004) que mencionam estudos em que a acreditação tem impacto positivo em áreas organizacionais.

Este estudo foi realizado nos últimos meses do processo de acreditação, pois, como foi referido anteriormente, a avaliação externa foi realizada dois meses depois da recolha dos dados. Consequentemente, a nível dos processos organizacionais não são esperadas outras melhorias significativas, pois de acordo com Shaw (2003a) há ampla evidência da melhoria dos processos organizacionais nos meses antes à avaliação externa. Este facto sugere a importância em repetir o estudo alguns meses após a avaliação externa e identificar se as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar ocorreram para a obtenção da acreditação, ficando pela fase inicial da introdução de normativos como questiona o International Council of Nurse (2007) ou, pelo contrário, esta foi apenas uma garantia mínima de qualidade como sugere Saltman e Figueras (1997) e um ponto de partida para iniciar um sistema de qualidade como sugere Silimperi, Zanten e Franco (2004).

Embora a acreditação seja um procedimento para reconhecimento da competência técnica para determinada função de acordo com normas (Decreto-Lei n.º 125/2004 de 31 de Maio), nos hospitais portugueses a acreditação tem de ser entendida dentro da proposta dos autores mencionados anteriormente, pois, como indicado pelo Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde, Ministério da Saúde (2006a), a sua implementação utilizou recursos que poderiam ser investidos noutras áreas igualmente

carenciadas. Assim, será interessante a identificação de áreas de melhoria pelo que se discutem alguns dados da EPCGQPH até aos itens que a constituem.

A acreditação veio reforçar a liderança na gestão da qualidade, pois é a dimensão de maior valor médio no hospital em acreditação ($M=3,05$; $DP=0,55$), em que o item referente ao compromisso do Conselho de Administração ($M=3,16$; $DP=0,71$) e o item da existência de uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração ($M=3,14$; $DP=0,77$) foram os que pontuaram mais nesta dimensão com valores muito próximos aos mais pontuados na totalidade da escala. A diferença altamente significativa em relação às práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar percebidas num hospital sem acreditação, nesta dimensão da liderança ($t=18,576$; $p<0,001$), vem reforçar a importância da acreditação, pois o compromisso da gestão de topo e todas as dinâmicas de liderança na gestão da qualidade são mencionados como fundamentais por todos os autores da qualidade, com maior realce para Crosby (1979), Juran (1988) e Deming (1989). A liderança é, também, um princípio da qualidade total apontado por Pires (2000) e com 10% da ponderação no Modelo de Prémio Europeu (EFQM, 2003) e 12% no Prémio Malcom Baldrige, sendo a categoria mais pontuada a seguir à dos resultados (Institute of Standards and Technology, 2007).

A segurança foi a segunda dimensão mais pontuada no hospital em acreditação ($M=2,95$; $DP=0,51$) e a mais pontuada no hospital sem acreditação ($M=2,35$; $DP=0,53$). Inclui itens referentes ao sistema de segurança e saúde no trabalho e aos processos para a prevenção ou redução de riscos para o doente, pessoal e comunidade, considerados necessários no Programa de 2005-2009 do XVII Governo Constitucional (Portugal, 2005).

No entanto, ao considerar-se que, na escala utilizada, o valor da mediana se encontra no 2,5, verifica-se que no hospital sem acreditação todas as dimensões apresentam uma média de valor inferior à mediana: Liderança ($M=1,93$; $DP=0,59$), orientação para o cliente ($M=2,30$; $DP=0,56$), orientação para o pessoal ($M=1,99$; $DP=0,55$), aprendizagem e inovação ($M=2,27$; $DP=0,57$), segurança ($M=2,35$; $DP=0,53$), gestão dos processos e dos recursos ($M=2,15$; $DP=0,59$) e melhoria contínua ($M=1,89$; $DP=0,62$). Os valores são maiores no hospital em acreditação, com diferenças estatisticamente e altamente significativas, como mencionado anteriormente, mas com valores muito próximo da mediana nas dimensões aprendizagem e inovação ($M=2,69$; $DP=0,57$) e melhoria contínua ($M=2,65$; $DP=0,59$); e valores abaixo da mediana na orientação para o pessoal ($M=2,49$; $DP=0,59$), o que indicia a necessidade de implementar melhorias nestas dimensões. Mas a

orientação para o pessoal também é uma dimensão pouco pontuada no hospital sem acreditação, pelo que a acreditação teve um impacto positivo e significativo. Contudo, esta mudança foi insuficiente, considerando a importância que lhe é atribuída por todos os autores da qualidade, com especial destaque para Feigenbaum (1991) e para Sale (2000). Estas melhorias devem incidir sobretudo na medição da satisfação dos trabalhadores que é um item que apresenta valores baixos ($M=1,99$; $DP=0,77$) e na consideração das sugestões dos trabalhadores para a implementação de melhorias, pois o item apresenta valores abaixo da mediana ($M=2,40$; $DP=0,82$).

A melhoria contínua da qualidade é um resultado que o XVII Governo Constitucional pretende alcançar com a acreditação (Portugal, 2005) e um princípio da qualidade total evidenciado por Deming (1989), Ishikawa citado por Bank (1998) e por Montes e Fuentes (2001), pelo que, pela análise dos itens desta dimensão, é necessário que os dois hospitais adotem medidas essencialmente na utilização dos resultados dos inquéritos de satisfação e na participação dos funcionários na troca de experiência com os outros serviços e com outras instituições, possibilitando um *benchmarking* interno e externo. Esta estratégia também é apresentada pela EFQM (2003) para colocar em prática a melhoria contínua e a aprendizagem e inovação que são conceitos fundamentais de excelência.

Na dimensão aprendizagem e inovação, o item menos pontuado no hospital em acreditação foi a formação de gestores de qualidade ($M=2,44$; $DP=0,82$). É um item importante para o acompanhamento na implementação dos programas de qualidade, que é uma necessidade evidenciada por Shaw (2006). A formação no trabalho de equipa também foi um item pouco pontuado ($M=2,53$; $DP=0,82$) e é uma prática essencial para a qualidade total referenciada por muitos autores, sobretudo a partir de Feigenbaum (1991).

Mas a melhoria contínua é um processo dinâmico que parte de padrões estabelecidos para níveis mais altos, como referenciado por Saltman e Figueras (1997) e por Montes e Fuentes (2001), pelo que a acreditação poderá não responder a este dinamismo, pois de acordo com Shaw (2003a) e Pomey et al. (2004) as mudanças podem não ocorrer passados alguns meses. Para solução desta questão Ruiz (2004) propõe que o processo de acreditação seja complementado com processos de autoavaliação nas organizações, utilizando um Modelo de Excelência. Esta conjugação de avaliação externa e autoavaliação, segundo Kazandjian e Vallejo (2004), está a ser utilizada por muitas comunidades espanholas e os dados evidenciam que esta solução ou outra alternativa deverá ser implementada nos hospitais portugueses.

Diferenças entre as práticas em função do exercício de função de chefia e da prestação directa de cuidados.

Considerando que a acreditação é um programa de gestão da qualidade implementado a partir da gestão de topo e os estudos referidos por Pomey et al. (2004) evidenciarem que é um processo burocrático com muitas normas para elaborar, poderia existir o risco da sua implementação ficar pelo envolvimento das chefias.

Os dados evidenciam que quem exerce funções de chefia, em média, percebe mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nas dimensões aprendizagem e inovação e melhoria contínua, no hospital em acreditação e em todas as dimensões com excepção da liderança no hospital sem acreditação, mas essas diferenças não são estatisticamente significativas, tanto para o hospital em acreditação como para o hospital sem acreditação.

Nas dimensões liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal, segurança e gestão de processos e recursos, dos hospitais em acreditação, e na liderança nos hospitais sem acreditação, em média, quem não exerce funções de chefia percebe mais práticas do quem exerce. Estas diferenças também não têm significado estatístico, mas induzem questões que seriam interessantes para investigar e para as quais não foram encontrados estudos.

No que se relaciona com a prestação directa de serviços aos doentes, verificou-se que, no hospital com acreditação, quem presta serviços directamente aos doentes percebe, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar em todas as dimensões do que os que não prestam, com excepção da dimensão segurança e melhoria contínua. No entanto, estas diferenças só têm significado estatístico na dimensão orientação para o pessoal ($t=2,548$; $p<0,05$) e na aprendizagem e inovação ($t=2,604$; $p<0,05$).

No hospital sem acreditação é quem não presta serviço directamente aos doentes que percebe mais práticas em todas as dimensões, sendo essas diferenças estatisticamente e altamente significativas na dimensão melhoria ($t=-3,544$; $p\leq 0,001$) e significativas nas dimensões orientação para o cliente ($t=-2,181$; $p<0,05$) e segurança ($t=-2,339$; $p<0,05$).

Estes dados podem indicar algum impacto da acreditação na orientação para o cliente e poderá ser resultante do facto dos profissionais dos serviços clínicos participarem mais na preparação para a acreditação, de acordo com os estudos apontados por Pomey et

al. (2004). A orientação para o cliente é uma dimensão da qualidade e um princípio transversal da estrutura de avaliação da performance dos hospitais.

A performance dos hospitais avaliada pelas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar

De acordo com a estrutura para avaliar a performance hospitalar existem duas dimensões, efectividade clínica e eficiência que necessitam de informação da produção de resultados clínicos, da sua adequação e uso dos recursos disponíveis para melhores resultados.

Na definição das outras dimensões e na especificação das subdimensões, Veillard et al. (2005) especificam um conjunto de práticas organizacionais que estão previstas na EPCGQPH. Considerando a deficiência do sistema de informação e as reservas manifestadas por Shaw (2003b) e Berg et al. (2005) em relação ao rigor dos indicadores estatísticos, estas práticas podem ser identificadas pelos profissionais e consequentemente por esta escala.

Assim, em relação à segurança e à centralidade no cliente, os profissionais do hospital em acreditação perceberam mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar que os do hospital sem acreditação e essas diferenças são estatisticamente significativas, segurança ($t=10,750$; $p\leq 0,001$) e orientação para o cliente ($t=7,359$; $p\leq 0,001$). Na dimensão pessoal que inclui a aprendizagem e inovação e na de gestão que se traduz por liderança e melhoria contínua também no hospital em acreditação, em média, foram percebidas mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospital do que no hospital sem acreditação. Essa diferença é estatisticamente significativa com valores de significância já apresentados.

Estes dados parecem indicar que o hospital em acreditação tem melhor performance que o hospital sem acreditação.

CONCLUSÃO

Nas estratégias para a gestão da qualidade nos hospitais, iniciadas em 1999, a acreditação dos hospitais assumiu extrema importância para os políticos e para os gestores. Em Portugal a adesão aos processos de acreditação partem do voluntarismo dos hospitais, havendo indefinição do sistema de gestão da qualidade dos que não aderiram. Acreditando na importância do impacto da acreditação nos hospitais nas práticas críticas para a gestão da qualidade para a performance hospitalar, realizou-se este estudo correlacional entre um hospital a finalizar o seu processo de acreditação e um hospital sem processo de acreditação que se dividiu em dois capítulos.

Num primeiro capítulo efectuou-se uma revisão da literatura onde foi evidente a complexidade do conceito de qualidade em saúde para todos os autores e a importância da transferência do conhecimento científico e prático resultante da indústria para a gestão da qualidade dos hospitais. Constatou-se, ainda, que a necessidade de garantia de um conjunto de normativos básicos à atribuição de competências científicas e similares a nível europeu, induziu à adopção da acreditação como estratégia orientadora na implementação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais, tendo como objectivo a obtenção de uma melhor performance.

No segundo capítulo, definiram-se os objectivos e o desenho de pesquisa e para a sua prossecução constituíram-se duas amostras, por conveniência, compostas por vários grupos profissionais. A amostra do hospital em acreditação foi constituída por 224 sujeitos e a do hospital sem acreditação por 144.

Perante os resultados obtiveram-se as seguintes conclusões:

- A lotação do hospital em acreditação era menor do que a do hospital sem acreditação e os indicadores de produção indicaram uma maior produção do hospital sem acreditação a nível de consultas médicas e de urgência, justificado pelo maior número de médicos.
- Na efectividade clínica avaliada pela taxa de readmissões no internamento clínico, o hospital sem acreditação apresentou-se mais efectivo com uma taxa ligeiramente inferior.
- Na acessibilidade avaliada pelo peso das primeiras consultas no total de consultas, o hospital em acreditação apresentou-se mais acessível com maior taxa de

primeiras consultas em relação à totalidade das consultas externas.

- Na eficiência avaliada pela diferença entre o custo por doente tratado no internamento no hospital em relação ao custo médio por doente tratado nos hospitais do mesmo grupo, o hospital em acreditação apresentou-se mais eficiente com uma diferença positiva menor.

- A acreditação pelo programa Joint Commission International foi identificada como um projecto de qualidade pelos participantes do hospital em acreditação

- A dor como 5.º sinal vital foi o projecto de qualidade mais identificado no hospital sem acreditação, mas por um pequeno número de participantes.

- A existência da gestão da qualidade dos fornecedores e de produtos necessários aos hospitais foi mais reconhecida pelos participantes do hospital em acreditação do que pelos participantes do hospital sem acreditação.

- Foram percepcionadas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, em todas as dimensões nos dois hospitais. As dimensões, em média, mais pontuadas no hospital em acreditação foram a liderança e a segurança; as menos pontuadas a melhoria contínua e a orientação para o pessoal. As dimensões, em média, mais pontuadas no hospital sem acreditação foram a segurança e a orientação para o cliente e as menos pontuadas a liderança e a melhoria contínua.

- Os sujeitos do hospital em acreditação, em média, percepcionaram mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, do que os sujeitos do hospital sem acreditação. As diferenças verificaram-se em todas as dimensões da escala com alto significado estatístico.

- Verificaram-se diferenças significativas nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, na liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal e melhoria contínua, consoante a participação em projectos, nos hospitais em e sem acreditação.

- Os sujeitos do hospital em acreditação que prestam serviços directamente aos doentes percepcionaram, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nas dimensões orientação para o pessoal e aprendizagem e inovação, do que os sujeitos do mesmo hospital que não prestam cuidados directamente aos doentes

- Os sujeitos do hospital sem acreditação que prestam serviços directamente aos doentes percepcionaram, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a

performance hospitalar nas dimensões orientação para o cliente, segurança e melhoria contínua, do que os sujeitos do mesmo hospital que não prestam cuidados directamente aos doentes.

Na avaliação da performance hospitalar, tendo como referência as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, os dados parecem indiciar que o hospital em acreditação tem melhor performance que o hospital sem acreditação.

Este estudo poderá contribuir para a gestão da qualidade dos hospitais pois os resultados indiciam a importância dos seguintes aspectos:

- Necessidade da existência de um sistema de informação que permita avaliações internas e externas.
- Os profissionais devem participar em projectos de qualidade.
- A acreditação é um programa com impacto nas práticas de gestão da qualidade e um ponto de partida para a implementação de um sistema de qualidade no hospital, mas não responde satisfatoriamente ao dinamismo essencial à melhoria contínua da qualidade.
- A escala elaborada poderá ser utilizada na monitorização das práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nos hospitais e consequente implementação de melhorias.

Limitações do estudo

Nas limitações do estudo destaca-se o facto de, na constituição das amostras, alguns grupos apresentarem um reduzido número de profissionais e da sua constituição ser por conveniência, não permitindo que os dados sejam extrapolados para outra população. A realização do estudo apenas em dois hospitais também limita a informação.

A recolha documental revestiu-se de extrema complexidade pois os dados publicados referiam-se a anos anteriores a 2005, não traduzindo a realidade actual. A solicitação directa ao hospital não foi correspondida com a disponibilidade de dados necessários. Este facto foi agravado pelo estudo se ter realizado em hospitais que integravam Centros Hospitalares e os resultados publicados se referirem ao Centro Hospitalar.

Também a utilização de um questionário com perguntas fechadas e exclusivamente metodologia quantitativa limitou a informação. Por outro lado, a opção por uma investigação que limita a explicação dos resultados a um único momento, não permite analisar as mudanças que vão ocorrendo nos hospitais.

Procurou-se rigor nos procedimentos metodológicos, nomeadamente, na formulação dos critérios de inclusão dos sujeitos nas amostras, na recolha de dados e nos estudos psicométricos dos instrumentos, para uma maior fiabilidade dos resultados. No entanto, nos estudos psicométricos dos instrumentos, destaca-se o facto de, na validade discriminante, alguns itens não apresentaram correlação com a sua dimensão superior a 10 pontos, em relação à correlação com as outras dimensões. Este resultado sugere a necessidade de aplicar a escala em outras amostras para melhorar as suas características psicométricas.

Apesar das limitações apontadas a este estudo, pensa-se que poderá dar algumas pistas para investigações futuras.

Pistas de Investigação futura.

A acreditação hospitalar e o seu impacto na performance hospitalar são problemáticas que induzem investigações futuras e os resultados indiciam a pertinência de estudos em diversas áreas:

- A escala elaborada poderá ser melhorada com a inclusão de outros itens e validada com uma população de profissionais extensível a outros hospitais, tornando-se um instrumento útil a outras investigações.
- Identificar os factores que influenciam os profissionais que exercem funções de chefia nos hospitais a percepcionarem menos práticas de liderança que os que não exercem.
- Avaliar as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar nos hospitais em acreditação alguns meses depois da atribuição da acreditação.
- Avaliar o impacto da acreditação na gestão da qualidade dos hospitais, envolvendo mais hospitais no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2005. *Contrato-Programa 2006: cálculo de preços e do valor de convergência, selecção de indicadores para fixação de objectivos de qualidade e eficiência, metodologia* (Lisboa, disponível: www.acss.min-saude.pt).

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2006a. *Contrato-Programa 2006 dos Hospitais EPE* (Disponível: www.acss.min-saude.pt).

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2006b. *Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). Informação de retorno, ano 2005* (Disponível: www.acss.min-saude.pt).

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2007. *Contrato-Programa 2007 dos Hospitais SPA* (Disponível: www.acss.min-saude.pt).

António, N. S., A. Teixeira, 2007. *Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM* (Silabo, Lisboa).

Bank, J., 1998. *Qualidade Total – Manual de Gestão* (Edições Cetop, Mem Martins).

Bengoa, R., R. Kavar, P. Key, S. Leatherman, R. Massoud, P. Saturno, 2006. *Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems* (World Health Organization).

Berg, M., Y. Meijerink, M. Gras, A. Goossensen, W. Schellekens, J. Haeck, M. Kallewaard, H. Kingma, 2005, Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals, *Health Policy* 75, 59-73.

Conselho Internacional de Enfermagem, 2007. *Accretitation* (Disponível: www.icn.ch/matters_credentialingsp.htm).

Crosby, P. B., 1979. *Quality is Free* (New York Press, New York).

Decreto-Lei n.º 125/2004 de 31 de Maio. *Diário da República I Série A*. N.º127 (2004-05-31), p.2959-2962 (Cria o Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC))

Deming, W.E.,1989. *Calidad, Productividad Y competitividad la salida de la crisis* (Diaz de Santos, Madrid).

Dicionário de Língua Portuguesa. Infopédia: Porto Editora.2007. Acessível em:

<https://www.infopedia.pt/diciope.jsp?VerbID=217718&dicio=0&op=Definicao&Entrada=prática>

Direcção Geral de Saúde, 2004. *Elementos Estatísticos Saúde/2004* (Divisão de Estatística da Direcção Geral de Saúde, disponível: www.acss.min-saude.pt).

Eggil, Y., P. Halfon, 2003, A conceptual framework for hospital quality management,

International Journal of Health Care Quality Assurance 16/1, 29-36.

European Foundation For Quality Management (EFQM), 2003. *Introdução à Excelência* (Brussels Representative Office, Bruxelas).

Feigenbaum, A. V., 1991. *Total Quality Control* (McGraw-Hill, Singapore).

França, M., 2000, Programa de acreditação do KFHQS. O que é, os destinatários, as vantagens, *Qualidade em Saúde* 1, 16-19.

Garvin, D.A., 1984, What Does “Product Quality” Really Mean?, *Sloan Management Review*, Fall, 25-43.

Godfrey, B. A., 2001, Gestión de la calidad total, em Joseph M. Juran, e A. B. Godfrey, ed.: *Manual de Calidade de Juran* 5.^a ed. vol.I (McGraw – Hill, Madrid, capítulo 14, 37 p.)

Goldstein, S. M., M. Naor, 2005, Linking publicness to operations management practices: a study of management practices in hospitals, *Journal of Operations Management* 23, 209-228.

Gowen III, C. R., K. L. Mcfadden, J. M. Hoobler, W. J. Tallon, 2006, Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control, *Journal of Operations Management* 24, 765-778.

Griffiths, P., 2000, As vantagens da acreditação pelo King’s Fund, *Qualidade em Saúde* 1, 20-23.

Hasan, M.; R.M., Kerr, 2003, The relations between total quality management practices and organisational performance in service organisations, *The TQM Magazine* 15, 4, 286-291.

Hill, M. M., A. Hill, 2002. *Investigação por Questionário* (Edições Sílabo, Lisboa)

Institute of Standards and Technology, 2007. *Health Care Criteria for Performance Excellence* (Baldrige National Quality Award Excellence, Gaithersburg, disponível www.baldrige.nist.gov/eBaldrige/Step_One.htm).

Instituto da Qualidade em Saúde, 2003, Projectos de qualidade nos Hospitais, *Qualidade em Saúde* (Separata) 8, 12 p.

Instituto da Qualidade em Saúde, 2004a, Avaliação do impacte da Acreditação nos profissionais de saúde, *Qualidade em Saúde* 11, 10-14.

Instituto Qualidade em Saúde, 2004b, Divulgar para partilhar, *Qualidade em Saúde* especial “Acreditação de Hospitais”, 29-40.

Joint Commission, 2007. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH)* (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, [Acedido a 10 de Abr. de 2007]. Disponível na internet: <https://WWW.jcrinc.com/14470/>).

Juran, J. M., 1988. *Juran on planning for quality* (The Free Press, New York).

Kazandjian, V. A., P. Vallejo, 2004, La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de

medida genéricos, *Gac Sanit* 18 (3), 225-34.

Lai, M. C., 2003. *An Investigation into the Relationship between Total Quality Management Practice and Performance in a Taiwan Public Hospital: thesis doctor of Philosophy* (School of Business and Informatics, Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University, Austrália).

Lei n.º27/2002 (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º48/90, de 24 de Agosto). *Diário da República I Série – A*. 258 (2002.11.8) 7150-7154.

Ministério da Saúde, 1999. *Saúde: um compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século. 1998-2002* (Direcção Geral da Saúde, Lisboa).

Ministério da Saúde, 2006a. *Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI* (Gabinete de Gestão do Saúde XXI, disponível <http://www.saudexxi.org/upload/membro.id/ficheiros/i007299.pdf>).

Ministério da Saúde, 2006b. *Estatística do Movimento Assistencial: Hospitais S.N.S. Ano de 2005* (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, disponível: www.igif.min-saude.pt).

Ministério da Saúde, 2006c. *Hospitais SNS: Contrato-Programa 2007 - preços e convergência – fixação de objectivos* (versão final aprovada em 20-11-2006 pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, acessível em www.acss.min-saude.pt).

Ministério da Saúde, 2006d. *Contabilidade analítica 2005 – Hospitais SNS* (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, disponível: www.igif.min-saude.pt).

Montes, F. J. L., M. M. Fuentes, 2001. *Calidad Total- Fundamentos e implantación* (Ediciones Pirámide, Madrid).

Nair, A., 2006, Meta-analysis of the relationship between quality management practices and firm performance – implications for quality management theory development, *Journal of Operations Management* 24, 948-975.

Naveh, E., Z. Stern, 2005, How quality improvement programs can affect general hospital performance, *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance* 18, 4, 249-270.

NP EN ISO 9001:2000, 2001. *Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos* (Instituto Português da qualidade, Lisboa).

Øvretveit, J., 2003. *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), WHO, Copenhagen).

Øvretveit, J., D. Gustafson, 2003, Using research to inform quality programmes. *BMJ* 326, 759-761 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7392/759>).

Pestana, M.H., e J.N. Gageiro, 2005. *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (4.ª ed. Revista e aumentada, Sílabo, Lisboa).

- Pires, A. R., 2000. *Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade* (Edições Sílabo, Lisboa).
- Pisco, L., 2001, Perspectives sobre a qualidade na saúde, *Qualidade em Saúde* 5, 4-6.
- Pisco, L., 2002, IQS uma referência, um parceiro credível, *Qualidade em Saúde* 6, 4-11.
- Pisco, L., 2005, Balanço de seis anos de IQS, *Qualidade em Saúde* 12, 2-11.
- Pomey, M.-P., A.-P. Contandriopoulos, P. François and D. Bertrand, 2004, Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17, 3, 113-124.
- Portugal, 2005. *Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009* (Disponível: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Programa/).
- Quivy, R., L. V. Campenhaut, 1998. *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (Gradiva, Lisboa).
- Reeves, C. A., e D. A. Bednar, 1994, Defining quality: Alternatives and implications, *Academy of Management Review* 19, 3, 419- 446.
- Reto, L. e F. Nunes, 2001. *Elaboração de teses – Linhas orientadoras* (ICTE, Lisboa).
- Ribeiro, J. L. P., 1999. *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (Climepsi Editores, Lisboa).
- Ruiz, U., 2004, Quality management in health care: a 20-year journey, *International of Health Care Quality Assurance* 17, 6, 323-333.
- Sale, D., 2000. *Garantia da qualidade nos cuidados de Saúde. Para os profissionais da equipa de saúde* (Pincipia Publicações Universitárias e Científicas, Lisboa).
- Saltman, R., e J. Figueras, 1997. *European Health Care Reform, analysis of current strategies* (World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen).
- Shaw, C. D., 2003a, Evaluating accreditation, *International Journal for Quality in Health Care* 15, 6, 455-456.
- Shaw, C. D., 2003b. *How can hospital performance be measured and monitored?* (Health Evidence Network Report, WHO Regional Office for Europe, Copenhaga, disponível: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>).
- Shaw, C. D., 2006. *Developing hospital accreditation in Europe* (WHO Regional Office for Europe, Copenhaga, disponível: <http://www.euro.who.int/document/e88038.pdf>).
- Silimperi, D. R., T. V., Zanten, e M. L. Franco, 2004. Framework For Institutionalizing Quality Assurance, em ed.: *Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Service* (<http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=70411&loc=cover>)
- Silva, J. O., 2001, Qualidade em serviços públicos, *Qualidade em Saúde* 5.

Silva, P. B., 2004, ISO 9001:2000 e King's Fund – uma análise comparativa, *Qualidade em Saúde* 9, 33-35.

Streiner, D. L.; Norman, G.R., 1989. *Health measurement scales – a prattical guide to development and use* (Oxford Medical Publications, London).

Tarí, J. J., J. F. Molina, e J. L. Castejón, 2006, The relationship between quality management practices and their effects on quality outcomes, *European Journal of Operational Research* (doi:10.1016/j.ejor.2006.10.016)

Veillard, J. F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, O.A. Arah and A.-L. Guisset, 2005, A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional Office for Europe PATH Project, *International Journal for Quality in Health Care* 17, 6, 487- 496.

WHO Regional Office for Europe, 2003. *Measuring hospital Performance to Improve the Quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop Barcelona* (World Health Organization, Copenhagen).