

QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO EM SAÚDE:

REPRESENTAÇÕES E POSIÇÕES SOCIAIS NUM TERRENO HOSPITALAR

RAQUEL CADILHE PEREIRA
TESE DE MESTRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
SOCIOLOGIA E SAÚDE

**QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO EM SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES E POSIÇÕES SOCIAIS NUM TERRENO HOSPITALAR**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia e Saúde apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Raquel Cadilhe Pereira

Orientador:

João Tiago de Sousa Pinto Guimarães

Co-orientador:

Emanuel Alberto de Oliveira e Silva

Porto, outubro de 2013

*Pelo sonho é que vamos,
comovidos e mudos.
Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos,
pelo sonho é que vamos.
Basta a fé no que temos,
basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
com a mesma alegria
ao que desconhecemos
e ao que é do dia-a-dia.
Chegamos? Não chegamos?
— Partimos. Vamos. Somos.*

Sebastião da Gama

Agradecimentos

A todos os que me acompanharam nesta caminhada, expresso em poucas linhas um profundo agradecimento.

Aos meus orientadores, Prof. João Tiago Guimarães e Eng.º Emanuel Silva, que me abriram todas as portas para que as minhas ambições se concretizassem.

Ao Serviço de Certificação do CHSJ, pelas oportunidades de aprendizagem, pela integração e apoio constantes que me proporcionaram.

A todos os participantes do estudo, protagonistas da matéria que aqui se apresenta.

Aos Diretores de Serviço, pela disponibilidade e abertura.

À Prof. Alexandra Lopes e à Prof. Paula Guerra, pela tão preciosa ajuda.

À Dra. Isménia Oliveira, pelo “colo” nos momentos de maior ansiedade.

Aos familiares e amigos que me apoiaram quando a dúvida e o desânimo se instalaram.

Um agradecimento especial

ao Gil, ao Sérgio e à minha mãe, que são o meu porto de abrigo.

Índice

Resumo	1
Abstract	2
1. INTRODUÇÃO - ENQUADRAMENTO E CORPO TEÓRICO	3
1.1. Das fundações da qualidade ao seu lugar no setor da saúde	4
1.1.1. Marcos históricos e caminhos contemporâneos	5
1.1.2. Avaliação da qualidade: modelos, paradigmas e abordagens	8
1.1.2.1. Modelos e agências de reconhecimento formal da qualidade	9
1.1.3. Traços do caminho português	12
1.2. A qualidade na ótica dos profissionais: o estado da arte	14
1.2.1. Estudos com grupos mistos de profissionais	15
1.2.2. A perspetiva médica	17
1.2.3. Do lado da enfermagem	18
1.2.4. Em contexto laboratorial	19
1.2.5. Fatores intervenientes na perceção dos processos da qualidade	20
1.2.6. O estado da arte em Portugal	25
1.3. Para uma leitura sociológica da realidade organizacional hospitalar	30
1.3.1. O Hospital, uma instituição social	30
1.3.2. Estrutura e ação - o hospital enquanto organização	31
1.3.2.1. Do institucionalismo à abordagem sociocognitiva	32
1.3.2.2. Sobre as representações sociais	33
1.3.2.3. Negociação e estratégia no jogo organizacional	35
1.3.2.4. Das teorias síntese – para uma abordagem integrada da organização	38
1.3.2.5. O hospital na lógica da burocracia profissional	40
1.4. Justificação e pertinência do estudo	45
2. OBJETIVOS	46
3. METODOLOGIA	48

3.1. População-alvo	48
3.1.1. O Centro Hospitalar de São João	48
3.1.1.1. A qualidade no Centro Hospitalar de São João	49
3.1.2. Os participantes	49
3.2. Instrumentos de recolha e análise de dados	51
3.2.1. Inquérito por questionário	52
3.2.2. Entrevistas semi-estruturadas	53
3.3. Questões éticas	56
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	57
4.1. Introdução	57
4.2. Caracterização da amostra	57
4.3. Visão do Hospital	59
4.4. O projeto <i>King's Fund</i> no CHSJ	61
4.5. Qualidade e certificação: que posições?	64
4.5.1. O lado benéfico da qualidade e da certificação	65
4.5.2. A qualidade e a certificação enquanto formalismo	69
4.5.3. Os “custos” da qualidade	71
4.5.4. Visibilidade do trabalho realizado	72
4.5.5. Vantagens e desvantagens	75
4.5.6. Implicações e desafios	80
4.6. Envolvimento no processo de gestão da qualidade	82
4.6.1. Relação com o SGQ: conhecimento e participação	82
4.6.2. Interesse e motivação	85
4.6.3. Estímulo ao envolvimento dos profissionais	87
4.7. Fatores influentes nas representações sociais da qualidade e certificação	91
4.7.1. Idade e género como fatores de diferenciação	91
4.7.2. O impacto do background profissional	92
4.7.2. O efeito dos fatores organizacionais	104

5. CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	121

Índice de figuras

Figura 1 – Desenho das cinco componentes básicas da organização	41
Figura 2 – Desenho de uma estrutura de burocracia profissional.....	44
Figura 3 – Modelo de análise do estudo	47
Figura 4 – Categorias e subcategorias resultantes da análise qualitativa	56
Figura 5 – Vantagens da certificação (n.º de vezes referida)	76
Figura 6 – Desvantagens da certificação (n.º de vezes referida).....	79

Índice de tabelas

Tabela 1 – O alcance crescente da qualidade em saúde	8
Tabela 2 – Hospitais/Unidades de Saúde em Portugal por modelo de certificação (2013)...	13
Tabela 3 – Caracterização da configuração organizacional da burocracia profissional	42
Tabela 4 – Serviços estudados por tipo de serviço e situação na certificação	50
Tabela 5 – Caracterização da amostra	58
Tabela 6 – Dimensões da perspetiva e atitude face à qualidade e certificação (score fatorial)	65
Tabela 7 – O lado benéfico da qualidade e da certificação (%).....	66
Tabela 8 – A qualidade e certificação enquanto formalismo (%)	71
Tabela 9 – Custos da qualidade (%)	72
Tabela 10 – Visibilidade do trabalho realizado (%)	73
Tabela 11 – Dimensões da relação com o sistema de gestão da qualidade (score fatorial) .	82
Tabela 12 – Conhecimento elementar do SGQ (%)	83
Tabela 13 – Conhecimento dos elementos estratégicos para a qualidade (%)	84
Tabela 14 – Participação e envolvimento na qualidade do serviço (%).....	85
Tabela 15 – Atitude face à qualidade e certificação – serviços certificados/ em certificação (%).....	86
Tabela 16 – Atitude face à qualidade e à certificação - não certificados (%).....	87
Tabela 17 – Apreciação global (%)	87
Tabela 18 – Diferenças entre grupos etários	92
Tabela 19 – Diferenças entre grupos de género	92
Tabela 20 – Diferenças entre categorias profissionais	93
Tabela 21 – Diferenças entre profissionais com e sem cargos de chefia	96
Tabela 22 – Diferenças por tempo na profissão.....	98
Tabela 23 – Diferenças por tempo no hospital	99
Tabela 24 – Diferenças por tempo no serviço	99
Tabela 25 – Diferenças entre profissionais com e sem formação na área da qualidade	100
Tabela 26 – Diferenças entre profissionais com e sem experiência na qualidade.....	101
Tabela 27 – Diferenças entre profissionais que participaram e não participaram na construção do SGQ	103
Tabela 28 – Diferenças por tipo de serviço	105
Tabela 29 – Diferenças por situação na certificação	106

Índice de anexos

Anexo 1 – Exemplar do inquérito por questionário	122
Anexo 2 – Guiões de entrevista	127
Anexo 3 – Autorização para realização do estudo	136
Anexo 4 – Termo de Consentimento Informado.....	138
Anexo 5 – Grelha de análise das entrevistas	140

Lista de abreviaturas

ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
C	Certificado
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CHSJ	Centro Hospitalar de São João, EPE
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge Systems
DGS	Direção Geral de Saúde
EC	Em certificação
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPE	Entidade Pública Empresarial
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HQS	Health Quality Service
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQIP	International Quality Indicator Project
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAHCO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
JCI	Joint Commission International
NC	Não certificado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organismo Nacional de Acreditação
s.d.	Sem data
SGQ	Sistema(s) de Gestão da Qualidade
TDT	Técnico de diagnóstico e terapêutica
WHO	World Health Organization

Resumo

O enfoque sobre a qualidade dos serviços de saúde tem assumido uma importância crescente, sendo que a implementação de sistemas de gestão da qualidade e a certificação das entidades prestadoras de cuidados se afirmam hoje como condições de capacidade e de competitividade no setor da saúde.

Parte importante do desenvolvimento da qualidade organizacional passa pelos profissionais envolvidos, os quais, enquanto protagonistas dos serviços prestados, são agentes-chave no processo.

Contudo, diante do desafio da qualidade e da certificação impõem-se expectativas, perspectivas e posicionamentos que condicionam a sua adesão e os seus resultados. Tal pressuposto conduz, assim, à necessidade de descortinar a forma como os profissionais percebem a qualidade e a vivenciam no quotidiano hospitalar, aprofundando o conhecimento sobre as representações sociais que lhe estão subjacentes.

Este estudo visa caracterizar o universo representacional dos profissionais de um centro hospitalar relativamente à problemática da qualidade e certificação em saúde, procurando revelar em que medida a percepção dos atores acerca destes processos se reflete na forma como os vivenciam e condicionam os seus resultados.

Palavras-chave: qualidade, certificação, saúde, profissionais, representações sociais.

Abstract

The quality of healthcare services has gained an increasing focus in the healthcare agenda, in so the implementation of quality management systems and the certification of care providers are affirming themselves as conditions of capacity and competitiveness in the health sector.

An important part of the development of organizational quality has to do with the professionals involved who, as leading figures of the services provided, are key actors in this process.

However, a set of expectations, perspectives and attitudes affirm themselves on the challenge of quality and certification determining its compliance and results. Such an assumption points out the need to uncover how professionals perceive and daily experience quality processes in the hospital, in an attempt of a deeper knowledge about the social representations that underlie them.

This study aims to describe the representational universe of the professionals of a hospital center in relation to healthcare quality and certification, seeking to reveal the extent to which the perception of the actors towards these processes is reflected in the way they experience them and influence their results.

Keywords: quality, certification, healthcare, professionals, social representations.

1. INTRODUÇÃO

ENQUADRAMENTO E CORPO TEÓRICO

Explorar o campo da qualidade constitui desde logo um desafio perante uma panóplia de definições, dimensões, perspetivas e problematizações que lhe estão inerentes. Um bom ponto de partida será talvez remeter para a etimologia da palavra. Do latim “qualitas” ou “qualitatem”, qualidade significa propriedade ou condição natural das pessoas ou coisas pela qual se distinguem de outras, que constitui a sua essência, a maneira de ser.

O termo surge associado ao adjetivo grego “kalos”, sinónimo de palavras de conotação positiva tais como os atributos bom, bonito, atraente, quando aplicado a pessoas, e admirável, credível e honorável no caso de ações ou instituições. Considera-se assim que a qualidade está associada ao sentimento de satisfação e agrado proporcionado por determinada pessoa, produto, serviço ou objeto.

Apesar da sua aparente simplicidade, a palavra esconde um conjunto vasto de dimensões e uma rede complexa de definições às quais é preciso atender quando se estuda a qualidade e os processos que ela envolve.

Não existe uma definição consensual para qualidade sendo esta muitas vezes «definida em termos daquilo que é e daquilo que não é», particularmente no campo da saúde onde a qualidade é na maioria das vezes identificável pela sua ausência. Por outro lado, «aquilo que pode ser considerado qualidade por uns, pode também ser considerado inapropriado por outros» (Ferreira, 1991, p. 94). Como referiu Kitchenham a este propósito, a qualidade «é difícil de definir, impossível de medir e fácil de reconhecer» (*apud* Pisco, 2001, p. 4).

Não se trata por isso de um conceito objetivável num sentido absoluto, apresentando ao invés uma forte componente subjetiva e dinâmica, estando sujeito à mudança social, aos progressos científicos e à mutação das perspetivas e expectativas dos vários atores envolvidos.

O que caracteriza o conceito de qualidade é a sua complexidade, polivalência e multidimensionalidade, a qual advém, por um lado, da diversidade de definições que lhe

estão associadas, que passam por dimensões mensuráveis e imensuráveis, e, por outro, pela sua variabilidade tendo em conta o interesse dos grupos e atores sociais dependendo do seu papel no contexto institucional ou da sua relação com o mesmo (Uchimura & Bosi, 2002, p. 1564-1565).

Contudo, é toda esta complexidade e subjetividade, particularmente no campo da saúde, onde o fenómeno se encontra ainda em processo de consolidação, que fazem da qualidade um objeto de análise aliciante aos olhos da sociologia.

Importa assim contextualizar a qualidade em saúde do ponto de vista dos seus fundamentos e da sua evolução histórica, percebendo o lugar deste fenómeno na realidade social atual, sem perder de vista estudos já realizados no âmbito do assunto que aqui se propõe tratar e, deste modo, enquadrar o objeto de estudo, tendo em conta os contributos sociológicos para a sua interpretação.

1.1. Das fundações da qualidade ao seu lugar no setor da saúde

Ao longo do tempo, as organizações de saúde foram enfrentando diversas mudanças, não só por força da evolução da própria ciência médica, mas também por transformações culturais, sociais e económicas.

No contexto atual, pode destacar-se como uma das mudanças mais significativas o facto dos cuidados de saúde passarem a ser considerados produtos, e portanto passíveis de exigência de qualidade. Por outro lado, com a expansão da oferta privada e por força da competitividade própria do mundo capitalista, esta exigência tem vindo a tornar-se cada vez mais notória, até mesmo no setor público, em que os cidadãos começam a perceber a qualidade como um direito social (Manzo *et al.*, 2011, p. 572).

Neste sentido, «surgindo da exigência, mais ou menos visível, de todos os atores envolvidos, a qualidade constitui, cada vez mais, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados» (Sousa, 2010, p. 23), sendo que hoje dificilmente se encontrarão organizações, políticas ou intervenções de saúde que não contemplem considerações neste âmbito.

Embora o advento da qualidade no campo da saúde possa ser considerado um fenómeno moderno de evolução recente, vários são os indícios de preocupação com a qualidade que podem ser encontrados ao longo da história, sobretudo aquando da hegemonia da produção industrial, sendo por volta de meados do séc. XX que a noção de qualidade atinge o seu máximo exponencial.

Hoje considerados “gurus da qualidade”, Juran (1974), Crosby (1979), Ishikawa (1985), Deming (1986), Feigenbaum (1991), entre outros, produziram um legado de princípios e estratégias que prevaleceram como estruturantes para a qualidade. Apesar de se terem revelado altamente inspiradores, a aplicabilidade dos modelos industriais ao campo da saúde não é imediata nem linear, sendo este um dos principais fatores apontados para as dificuldades de implementação de uma verdadeira cultura da qualidade nos sistemas de saúde (Deming, 1994, *apud* Sousa, 2010, p. 20; Vouri, 1999, p. 62).

Nesse sentido, atendendo às particularidades das organizações de saúde¹, a instauração do paradigma da qualidade foi-se desenvolvendo por dinâmicas próprias, cimentando nelas o seu lugar na agenda do setor da saúde.

1.1.1. Marcos históricos e caminhos contemporâneos

Os primeiros vestígios de preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde encontram-se no código de Hamurabi (1700 a.C.) do Império da Babilónia, que decretava que os médicos deveriam ser penalizados pelos seus erros da mesma forma que esses erros penalizam o corpo do paciente - «should a physician puncture the eye of his patient during the course of an operation, his own eye shall be punctured» (Vuori, 1999, p. 61).

É contudo a Sócrates que deve ser atribuída a honra de ter citado a base intelectual da garantia da qualidade presente na sua célebre citação «conhecer a si mesmo», no sentido em que «é preciso estar disposto a examinar os resultados do seu próprio trabalho» (*ibidem*), sendo este um princípio elementar para a qualidade, independentemente do campo profissional.

Por sua vez, o pai da medicina, Hipócrates, refere-se a esta preocupação ao estabelecer o princípio «Primum non nocere», que significa primeiro não causar dano.

Desde então, apesar de um aparente vazio de contributos, ao longo da história, as práticas relacionadas com o controlo da qualidade foram-se desde sempre manifestando. No entanto, só no século XIX surgem novamente referências explícitas em relação à qualidade dos cuidados de saúde.

Fruto da ação da fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, em 1854, no contexto da Guerra da Crimeia, foi introduzida a ventilação e o uso de desinfetantes nos hospitais, o que acabou por ter impactos fortíssimos na redução da mortalidade hospitalar.

¹ Desde o financiamento, à relação do mercado oferta/procura, passando pela previsibilidade de necessidades e também pelo impacto deste setor na sociedade.

Para a qualidade na saúde contribuiu ainda o estudo de Abraham Flexner², em 1910, cuja análise da qualidade das escolas de medicina americanas tinha como objetivo «fazer das escolas de medicina centros de excelência que produziriam excelentes médicos que, por sua vez, proporcionariam cuidados de excelência» (*idem*, p. 62).

De referir ainda o trabalho do cirurgião William Codman, o qual efetuou um registo sistemático do estado dos seus pacientes e respetivo tratamento, procurando identificar eventuais relações entre a prática clínica e os *outcomes* no doente (*ibidem*).

Por volta da década de 50, por impulso do próprio setor industrial, o setor da saúde incorpora a necessidade de *controlo* da qualidade, o que conduziu à adoção dos métodos contabilísticos de controlo do tipo auditoria. Da mesma forma que uma auditoria fiscal avaliava a exatidão das contas de uma empresa, uma auditoria aos registos clínicos permitiria verificar a adequação dos cuidados prestados ao paciente. Nas palavras de Vuori (*ibidem*) «este foi o nascimento da *auditoria médica*».

O protagonismo de tal avanço é atribuído a Lembeck, autor das primeiras formas de auditoria clínica³ baseadas na evidência técnico-científica com origem nos Estados Unidos da América. Mais recentemente esta prática foi recuperada e relançada no Reino Unido como um dos principais conceitos em que se materializa o movimento de *Clinical Governance*⁴ (Richie *et al. apud* Sousa, 2010, p. 25).

Entretanto, o termo *controlo* adquire uma conotação pejorativa por parte da classe médica, desencadeando uma nova fase em que passa a prevalecer um paradigma de *medição* e *avaliação* da qualidade na saúde (1960), que pela sua natureza passiva e académica é posteriormente substituído pelo princípio de *garantia* da qualidade (1970).

Assim, até meados dos anos 80, o debate sobre a qualidade em saúde referia-se somente à qualidade na sua dimensão técnica, seguindo-se um período mais focalizado nos aspetos organizacionais e nos processos gestionários (Serapioni, 2009, p. 69).

Com efeito, e por influência das filosofias industriais japonesas, o desenvolvimento contínuo da qualidade parece ter-se consolidado como o modo mais adequado de olhar para a problemática, promovendo-se a ideia de que «não é necessário esperar até alguma

² Autor do programa de padronização hospitalar (1920), Hospital Standardization Program, que deu origem à *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO).

³ Por auditoria clínica pode entender-se um processo inter pares de avaliação e melhoria da qualidade, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, consequentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos (UK. National Health Service Wales *apud* Sousa, 2010, p. 25).

⁴ «A Governação Clínica (*Clinical Governance*) é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados» (Bugada, 2006, p. 30).

medição da qualidade identificar instâncias de fraca qualidade para iniciar a melhoria dos cuidados. Tal pode, e deve, ser feito continuamente monitorizando o resultado dos cuidados e comparando-o com os seus próprios resultados e os resultados de outros» (Vuori, 1999, p.63).

A par das oscilações de foro conceptual acima descritas, também em termos geográficos a evolução do foco na qualidade da saúde revela-se diferenciada. Se já em 1950 os EUA faziam vigorar mecanismos de controlo da qualidade, só na década de 70 a Europa incorpora tal prática.

Numa postura de maior resistência a este processo, defendia-se o carácter desnecessário de tal intervenção, pela menor dimensão dos países europeus, a par da sua tendencial uniformização dos mecanismos sociais e profissionais, da baixa variação de *outcomes* nos pacientes e do reduzido número de casos de fraca prestação de cuidados. Esta posição é reforçada com o argumento da já existência de mecanismos de controlo da qualidade, tais como a análise das reações dos pacientes a medicamentos (*idem*, p.65).

Contudo, a variação inesperada associada à qualidade diferenciada da prestação de cuidados, preceituou a rutura com a linha de pensamento prevalecente até então. Perante a evidência de diferenças na qualidade dos cuidados prestados, difunde-se em vários países, sobretudo em contexto europeu, a necessidade de desenvolver mecanismos sistemáticos de medição e garantia da qualidade.

Neste sentido, a evidência estatística em relação à frequência de erros nos cuidados e sobretudo à morte do doente em consequência dos mesmos, bem como os custos associados a este tipo de problemas, conduziu à generalização da ideia de que vale a pena concentrar esforços no sentido da melhor qualidade possível dos cuidados de saúde prestados (*idem*, p. 66).

É neste contexto que a OMS deixa o seu marco com a fundação do ISQua (*ibidem*), sendo que desde então rapidamente se foram difundindo na saúde iniciativas relacionadas com a qualidade e o número de programas implementados em todo o mundo tem vindo a duplicar a cada cinco anos (WHO, 2003, p. 105).

Inicialmente aplicados de forma voluntária e independente, os programas para a implementação da qualidade em saúde contam hoje com apoios governamentais tendo-se tornado, nalguns casos, uma ferramenta estatutária de controlo e de responsabilidade pública (Shaw *et al.*, 2003, p. 456).

Embora o objetivo original da preocupação com a qualidade passasse apenas pela melhoria da performance das organizações de saúde, nomeadamente pela normalização

das práticas, o fenómeno acabou por se tornar num verdadeiro locus de mudança social (Smits *et al.*, 2008, p. 47).

Nesse sentido, se num momento anterior o alcance da problemática da qualidade era ainda restrito, hoje assume-se como um lugar em crescente expansão, sendo partilhada por todos os agentes e instituições ligados ao setor. A tabela que se segue sintetiza alguns eixos que evidenciam esta tendência.

Tabela 1 – O alcance crescente da qualidade em saúde

De	Para
Exclusivamente médicos	Todos os profissionais de saúde: Hoje, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de laboratório participam na garantia da qualidade. A qualidade é do interesse e responsabilidade de todos.
Principalmente hospitais	Todas as instituições de saúde: A garantia de qualidade começa a ser comum tanto em hospitais como em centros de cuidados primários de saúde e lares de idosos.
Erros (“<i>bad apples</i>”)	Melhorias: Os resultados são usados para identificar padrões dos cuidados, bons e maus. As estruturas e processos por trás desses resultados sugerem possibilidades de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
Qualidade técnico-científica	Satisfação de necessidades: Deixa de ser suficiente a mera prestação de serviços que vão de encontro à qualidade técnico-científica; os serviços devem ser capazes de responder às necessidades dos pacientes.
Perfeição	Eficiência: Qualidade é uma questão de otimização, e não de maximização. Não é possível dar a todos o melhor cuidado possível, os custos dos cuidados são uma parte da qualidade.

Fonte: Traduzido e adaptado de Vuori (1999, p. 67)

1.1.2. Avaliação da qualidade: modelos, paradigmas e abordagens

É com Avedis Donabedian que surge o movimento moderno da avaliação da qualidade na saúde. A célebre tríade de Donabedian, assente em três princípios estruturantes (*estrutura*, *processo* e *resultados*), define, por volta de meados dos anos 60, um modelo que marcou fortemente as abordagens subsequentes da qualidade no setor da saúde.

Na explicação de Donabedian (Brook *et al. apud* Sousa, 2010, p. 27), a qualidade deve ser avaliada tendo em conta 1) a *estrutura*, que passa pelos aspetos estáveis das organizações de saúde, que vão desde as instalações, aos equipamentos, aos profissionais e aos próprios locais e modelos de organização do trabalho; 2) o *processo*, ou seja, as atividades prestadas para os utentes/doentes incluindo-se as tomadas de decisão ao nível

do diagnóstico, terapêutica e ações preventivas e 3) os *resultados* referentes aos níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos utentes/doentes.

Robert Maxwell apresenta também, na década de 90, um dos principais contributos para o debate sobre a avaliação da qualidade em saúde ao definir um modelo, assente em dimensões específicas, procurando objetivar o carácter abstrato do conceito de qualidade e respetiva medição, influenciando assim as práticas de operacionalização da qualidade.

Trata-se de um modelo multidimensional, baseado em seis dimensões distintas da qualidade: 1) *efetividade* – no sentido do efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção; 2) *eficiência* – procurar produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou maximizar os efeitos com os mesmos recursos; 3) *qualidade percebida pelo doente/aceitabilidade* – atender ao grau de satisfação dos doentes com base nas suas opiniões, sugestões e reclamações; 4) *acessibilidade* – ter em conta o acesso a cuidados de saúde e os fatores condicionantes desse acesso; 5) *equidade* – em relação à forma como para necessidades diferentes existem respostas diferentes tendo em consideração a razoabilidade, a justiça e o conhecimento disponível, nas tomadas de decisão e 6) *segurança* – apontando para a ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde que possam causar dano ou incapacidade ao doente (Maxwell *apud* Sousa, 2010, p. 26-7).

A par das várias reflexões teóricas desenvolvidas, problematizando os critérios mais adequados à avaliação da qualidade no setor da saúde, foram entretanto surgindo estruturas institucionais reconhecidas para operacionalizar tal avaliação, através da atribuição de um documento formal que certifica o compromisso das organizações de saúde na prestação de serviços de qualidade.

Efetivamente, no que respeita ao reconhecimento formal da qualidade, foram várias as tendências que surgiram no campo da saúde, prevalecendo hoje uma panóplia de formas de implementação de sistemas para esse reconhecimento.

1.1.2.1. Modelos e agências de reconhecimento formal da qualidade

Por impulso de estratégias e organismos nacionais oficiais, mas também pelo contágio decorrente dos organismos internacionais já referidos, a difusão do movimento do reconhecimento formal da qualidade das organizações de saúde foi deixando marcas um pouco por todo o mundo, sendo hoje um fenómeno globalizado.

Do ponto de vista histórico, o conceito de certificação⁵ das organizações de saúde surge por impulso do programa de padronização hospitalar, criado por Abraham Flexner em 1920, que veio a dar origem à Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO), considerada hoje uma das maiores organizações de reconhecimento formal da qualidade em saúde a nível internacional, tendo atribuído certificado a mais de 85% dos hospitais nos EUA (Sousa, 2010, p. 25).

Mais tarde, a expansão mundial deste organismo faz surgir a JCI, para dar conta da necessidade internacional de criação de normas da qualidade para a saúde, com requisitos que fossem aplicáveis a diferentes organizações (Donahue & Ostenberg, 2000, p. 243). Para o efeito, o documento “JCI Standards for Hospitals” consolida um conjunto de requisitos tendo em conta as especificidades de cada país, de forma a garantir que as suas disposições legais não sejam postas em causa.

O modelo da JCI pressupõe o voluntarismo do processo, desencadeado mediante o pedido de auditoria e o tipo de programa a que o candidato deseja submeter-se⁶, avaliando-se o grau de conformidade aos padrões pré-estabelecidos aplicáveis à organização em causa. Depois de todas as auditorias terem um resultado satisfatório, o certificado é emitido com a validade de três anos.

Os requisitos da JCI para hospitais dividem-se em normas centradas no doente e em normas relacionadas com a gestão das organizações da saúde. O primeiro conjunto de normas inclui os seguintes grupos de requisitos: 1) objetivos internacionais de segurança do doente, 2) acesso aos cuidados de saúde, 3) direitos do doente e família, 4) avaliação dos doentes, 5) cuidados prestados aos doentes e 6) anestesia e cuidados cirúrgicos, 6) gestão e uso de medicação 7) educação do doente e família. As normas das organizações de saúde são compostas pelos seguintes eixos de avaliação: 8) melhoria da qualidade e segurança do doente, 9) prevenção e controlo de infeções, 10) governança, liderança e direção, 11) gestão e segurança das instalações, 10) qualificações e educação dos profissionais e 11) gestão da informação e comunicação (JCI, 2010).

Uma outra agência com forte expressão internacional é a CHKS (ex-HQS - *King's Fund*). Com a missão inicial de apoiar o financiamento dos cuidados de saúde aos mais

⁵ No que respeita ao conteúdo da análise deste estudo, entende-se por certificação «um procedimento segundo o qual uma terceira parte dá uma garantia escrita de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com os requisitos especificados» (IPQ, 2012). No entanto, apresenta-se por vezes o termo acreditação para efeitos de consonância com o termo original das referências bibliográficas citadas.

⁶ Atualmente a JCI tem disponíveis os seguintes tipos de certificados: cuidados de ambulatório, laboratório clínico, apoio domiciliário, hospitais - inclusive os novos hospitais de centros médicos académicos, cuidados continuados, transporte médico, centros de cuidados primários e certificação de programas de cuidados clínicos em áreas específicas.

desfavorecidos, a organização *King's Fund* surge em Inglaterra em 1897. Passa posteriormente a focalizar-se na inspeção de serviços hospitalares e cuidados de urgência, e em 1948, com a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico, inicia um movimento de divulgação de boas práticas, financiando iniciativas de promoção da saúde e de elevação da qualidade dos cuidados.

Só mais tarde, na década de 80, focalizando-se sobretudo no contexto hospitalar, este organismo desenvolve sistemas de auditorias para organizações de saúde, com o nascimento da Health Quality Service (HQS), atualmente sob o nome de Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)⁷.

Os 55 itens de avaliação deste modelo dividem-se nas seguintes secções: 1) liderança organizacional, 2) funções corporativas, 3) cuidados centrados no paciente, 4) instalações e serviços hoteleiros, 5) prestação de serviços e 6) serviços específicos (CHKS, s.d.).

Mais recentemente, para atender às particularidades das estruturas organizacionais, das configurações dos serviços, leis, cultura e práticas locais, a CHKS aproximou os seus programas de reconhecimento da qualidade a referências mais genéricas, como o modelo de excelência EFQM e os requisitos da norma ISO 9001.

É de referir o peso significativo a nível mundial no que concerne aos referenciais das normas ISO aplicados às organizações de saúde. Fundada em 1947, a International Organization for Standardization, responsável pela produção das normas ISO, surge para contribuir para a normalização internacional de padrões industriais, sendo atualmente responsável pelo maior número de normas internacionais voluntárias no mundo.

Em termos do seu conteúdo, a norma ISO 9001, a mais frequentemente adotada para a certificação na saúde, assenta nos seguintes princípios base: 1) foco no cliente, 2) liderança, 3) envolvimento das pessoas, 4) abordagem por processos, 5) abordagem da gestão como um sistema, 6) melhoria contínua, 7) abordagem à tomada de decisões baseada em factos e 8) relações mutuamente benéficas com fornecedores (ISO, 2012).

Os requisitos da norma ISO 9001 que são avaliados para a obtenção da certificação relacionam-se com 1) sistema de gestão da qualidade, 2) responsabilidade da gestão, 3) gestão de recursos, 4) realização do produto/serviço, 5) medição, análise e melhoria.

No panorama internacional do reconhecimento da qualidade assume ainda particular relevância o papel da European Foundation for Quality Management (EFQM), agência

⁷ Our History – King's Fund [Em linha] [Consult. 27 jan 2013]. Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/about-us/our-history>.

atribuidora dos prêmios de excelência organizacional, cujos princípios têm vindo a inspirar a gestão da qualidade em vários setores entre os quais o da saúde⁸.

Trata-se de uma fundação focalizada na promoção da excelência organizacional no contexto europeu, publicando para o efeito um conjunto de diretivas para os processos de melhoria nas organizações. Este modelo reconhece, para além das estratégias, os resultados alcançados numa lógica RADAR (tendo em conta os Resultados, a Abordagem, o Desdobramento, a Avaliação e a Revisão).

De acordo com o organismo⁹, a excelência organizacional pode ser alcançada 1) acrescentando valor para os clientes, 2) criando um futuro sustentável, 3) pelo desenvolvimento da capacidade organizacional, 4) através do aproveitamento da criatividade e inovação, 5) liderando com visão, 6) inspiração e integridade, 7) gerindo com agilidade, 8) alcançando o êxito através do talento das pessoas e 9) sustentando excelentes resultados.

Assim, os nove critérios para avaliar o nível de excelência e atribuir o prémio de excelência são os seguintes¹⁰: 1) liderança, 2) estratégia, 3) pessoas, 4) parcerias e recursos, 5) processos, produtos e serviços, 6) resultados no cliente, 7) resultados nas pessoas, 8) resultados na sociedade e 9) resultados no negócio.

1.1.3. Traços do caminho português

O movimento de avaliação da qualidade das instituições de saúde em Portugal iniciou-se no ano de 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde.

É neste contexto que surge o primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, originado por um acordo entre o Ministério da Saúde Português e o Health Quality Service (HQS), atual CHKS, que pressupunha a adoção da metodologia *King's Fund*, tendo alguns hospitais portugueses iniciado o seu percurso na qualidade neste sentido¹¹ (DGS, 2009, p. 4).

Posteriormente, perante evidência de uma ainda escassa cultura da qualidade, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 aponta como orientação estratégica a melhoria da qualidade

⁸ Nomeadamente no País Basco em que o modelo da qualidade EFQM integra os grandes objetivos estratégicos do serviço de saúde desde 1998 (Oliveira, 2004, p. 64).

⁹ *Fundamental Concepts* - EFQM [Em linha]. [Consult. 27 jan 2013] Disponível em: <http://www.efqm.org/en/tabid/169/default.aspx>.

¹⁰ *The 9 Criteria* - EFQM [Em linha]. [Consult. 27 jan 2013]. Disponível em: <http://www.efqm.org/en/tabid/392/default.aspx>

¹¹ Entre os quais o hospital sobre o qual se debruça esta pesquisa.

organizacional dos serviços de saúde. Assim, em 2004, no âmbito da Unidade de Missão para os Hospitais S.A., o modelo da Joint Commission International (JCI) é adotado para a avaliação da qualidade destes hospitais (*ibidem*).

É também por iniciativa do Instituto da Qualidade em Saúde que surgem outras iniciativas como o projeto MoniQuOr¹², QualiGest¹³ e o IQIP¹⁴.

Em 2006, o IQS foi extinto (pelo Decreto-Lei n.º212/2006 de 27 de Outubro) e em 2009, através da Portaria n.º 155/2009 de 15 de Fevereiro, criou-se o Departamento da Qualidade na Saúde, incumbido de prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente e de disseminar boas práticas clínicas e organizacionais.

Este departamento define novas orientações ao nível das prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente através da adoção do Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía), como modelo nacional oficial para a qualidade na saúde, de opção voluntária, aprovado por Despacho da Ministra da Saúde (Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto) (*idem*, p. 5).

Atualmente, prevalecem em Portugal estratégias de reconhecimento formal da qualidade pela JCI, CHKS, ACSA e ISO 9001. Em 2013 o quadro do reconhecimento formal da qualidade no setor da saúde em Portugal era conforme se apresenta na tabela abaixo:

Tabela 2 – Hospitais/Unidades de Saúde em Portugal por modelo de certificação (2013)

Modelo de Certificação	N.º de Hospitais	% do Total
JCI	11	12,2
CHKS ¹⁵	11	12,2
ACSA	14	15,5
ISO	54	60,0
Total	90	100,0

Fonte: JCI [Em linha] [Consult. 4 out 2013] Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>; CHKS [Em linha] [Consult. 4 out 2013] Disponível em: <http://www.chks.co.uk/Accredited-organisations>; Departamento da Qualidade na Saúde [Em linha] [Consult. 20 set 2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>; IPAC [Em linha] [Consult. 7 out 2013] Disponível em: http://www.ipac.pt/pesquisa/pesq_empcertif.asp.

¹² Instrumento de auto-avaliação e monitorização do nível de desempenho dos Centros de Saúde/ Unidades de Saúde Familiar.

¹³ Modelo de gestão da qualidade total inspirado nos princípios EFQM.

¹⁴ Ferramenta para o desenvolvimento de indicadores de desempenho da qualidade dos serviços de saúde.

¹⁵ Três das quais são organizações certificadas pelo CHKS de acordo com o referencial ISO 9001:2008.

Perante a exposição apresentada retém-se a dimensão estruturante que o fenómeno tem vindo a assumir no campo da saúde. Em busca do seu lugar no setor da saúde, o caminho da qualidade tem-se caracterizado por um percurso de continuidades e descontinuidades, com diferentes abordagens, modelos e conceções, que têm alimentado o debate neste campo.

No seguimento desta contextualização, ressalta a importância de aprofundar de que forma os protagonistas do processo o percebem e vivenciam, fazendo a ponte entre a qualidade teorizada e idealizada, e a prática do quotidiano hospitalar.

1.2. A qualidade na ótica dos profissionais: o estado da arte

A implementação da gestão da qualidade comporta um conjunto de mudanças profundas na estrutura organizacional do hospital, que afeta todos os seus agentes, passando por transformações ao nível da cultura institucional, dos hábitos, dos comportamentos, das hierarquias sociais internas e dos sistemas de poder.

Entre outras, estas mudanças podem ser consideradas como os principais motivos que têm vindo a retardar a consolidação da gestão da qualidade no espaço hospitalar, caracterizado como um contexto de “burocracia profissional”¹⁶ (Kritchevsky & Simmons, 1991). As características deste contexto favorecem uma postura de resistência, pelo que, qualquer tentativa de intervenção, pode revelar-se um processo complexo perante os atores envolvidos (François *et al.*, 2003, 47).

Parece por isso pertinente explorar as representações daqueles que lidam diretamente com o fenómeno e conhecer as suas atitudes e predisposições face ao problema em causa (McKenna *et al.*, 2006, p. 344).

A evidência existente sugere que não existem perspetivas únicas e consensuais relativamente aos processos da qualidade e ao reconhecimento formal da mesma. Estas apresentam-se de forma diferenciada tendo em conta fatores distintos, entre os quais a categoria profissional (Alkhenizan & Shaw, 2012).

Dos estudos realizados neste âmbito, encontramos as perspetivas de grupos profissionais específicos, bem como estudos que apresentam a atitude de grupos mistos de profissionais face aos processos de certificação.

¹⁶ Conceito desenvolvido na parte 1.3.2.5.

1.2.1. Estudos com grupos mistos de profissionais

Dentro desta última tipologia de estudo, os dados apurados por Pomey *et al.* (2004, p.116), num hospital universitário francês, sugerem que os profissionais sentem o impacto dos processos da acreditação¹⁷, considerando que estes provocam mudanças irreversíveis ao nível da organização, revelando contudo que a experiência é percecionada como burocrática e prescritiva.

Consideram ainda os participantes que o projeto proporciona uma oportunidade de reflexão não hierárquica sobre o tratamento dos pacientes e sobre as modalidades operacionais do hospital, criando um lugar de intercâmbio e de tomada de decisão coletiva.

Os resultados do estudo de Manzo *et al.* (2011) no Brasil fornecem também constatações interessantes neste âmbito. Com base na realização de entrevistas, os autores conseguiram detetar que, quando questionados sobre o que entendiam por acreditação, os profissionais revelaram alguma preocupação no ato da resposta, acabando por apresentar definições prontas e padronizadas, demonstrando a ausência de reflexão por parte dos mesmos acerca do processo. Por outro lado, nos seus discursos, os profissionais pareciam focalizar-se apenas nos clientes, excluindo-se a si mesmos dos objetivos da acreditação.

Este estudo aponta ainda para a dimensão avaliativa da qualidade presente nas perceções dos profissionais, no sentido da importância da mensurabilidade da mesma, nomeadamente com vista à comparação com outros hospitais. Com efeito, grande parte dos profissionais situa a qualidade de um ponto de vista técnico, processual e operacional, mas poucos associam ao processo aspetos subjetivos importantes como os valores individuais e sociais.

Os participantes desta pesquisa referem também o carácter ilusório da acreditação, percecionando-a como uma *máscara* colocada apenas para o momento da auditoria. Estas constatações levaram os autores a concluir sobre as fortes lacunas na compreensão da natureza contínua e processual destes projetos, que acaba por resultar numa postura de resistência aos mesmos. Sugerem por isso a necessidade de adoção de uma filosofia da qualidade mais centrada na reflexão e na crítica, promovendo o esforço coletivo com vista à melhoria contínua (*idem*, p. 575).

Os mesmos autores concluíram numa outra análise, centrada nas implicações da acreditação no quotidiano dos profissionais de saúde (Manzo *et al.*, 2012), que este

¹⁷ Para efeitos de consonância com as referências citadas, é usada a palavra “acreditação” visto ser o termo originalmente apresentado nas mesmas.

processo é influenciado pelo nível de motivação e envolvimento dos trabalhadores, e que simultaneamente influencia o contexto de trabalho dos mesmos.

Neste sentido, os discursos proferidos pelos entrevistados desta investigação permitiram identificar duas categorias de representações: «a face nebulosa da *acreditação*» e a «*acreditação* como possibilidade de crescimento e satisfação profissional».

A primeira refere-se aos pontos negativos elencados pelos profissionais, que passam essencialmente pelo elevado nível de *stress* e sobrecarga de trabalho associados ao processo. A segunda face, por sua vez, representa o que os profissionais consideram como os aspetos mais positivos, nomeadamente o facto de o projeto desencadear nos profissionais sentimentos de orgulho, satisfação e reconhecimento, no sentido de uma identidade profissional positiva associada à valorização do hospital.

Os indivíduos sugerem também que a *acreditação* promove uma maior segurança no trabalho, o desenvolvimento profissional e pessoal (como a valorização do currículo com a aprendizagem adquirida) e um clima organizacional mais estável e por isso mais agradável e propício ao fortalecimento das relações humanas (*idem*, p. 392-393).

Embora focalizada nas auditorias de natureza clínica, a investigação de Lord & Littlejohns no Reino Unido (1996) apresenta contributos para a compreensão da forma como os profissionais de saúde percecionam os processos de auditoria.

As perceções mais positivas encontram-se em dimensões como o «foco da auditoria em tópicos importantes», os «efeitos na mudança da prática clínica e na melhoria dos cuidados ao paciente», o seu «papel educativo no sentido do conhecimento profissional e estímulo à aprendizagem conjunta dos clínicos», e ao nível do «envolvimento igualitário de diferentes grupos profissionais» (*idem*, p. 529).

Porém, os inquiridos manifestaram a sua concordância quanto aos seguintes aspetos: o «caráter ameaçador das auditorias», as «lacunas ao nível da partilha de informação sobre as auditorias entre os gestores/administradores e os profissionais», o facto do «tempo necessário para a realização das auditorias dispensar tempo de cuidados ao paciente» e, por fim, quanto ao «acesso desigual aos recursos de suporte à atividade auditora» (*ibidem*).

Para os vários aspetos avaliados neste estudo, foram encontradas diferenças nas respostas de inquiridos entre diferentes grupos e classes profissionais, e entre diferentes departamentos do mesmo hospital.

O pessoal médico revelou-se menos positivo face ao valor das auditorias, assim como os profissionais mais jovens cujas perceções apontam o mesmo sentido. Por seu

turno, os profissionais de serviços de cirurgia apontam para posicionamentos menos favoráveis ao passo que os serviços de saúde da mulher e da criança afirmam-se mais positivamente (*idem*, p. 532).

Os autores sugerem que, por trás destas diferenças, poderá estar o acesso diferenciado a recursos de apoio ao pessoal clínico para a atividade auditora (nomeadamente o tempo disponível), diferentes experiências com o processo, podendo ainda estar subjacentes culturas profissionais diferenciadas.

1.2.2. A perspetiva médica

Em relação à classe médica especificamente, os estudos realizados revelam ainda algum desconhecimento sobre os processos de acreditação, bem como uma atitude cética relativamente aos mesmos, problematizando sobretudo a questão da mensurabilidade da qualidade (Stoelwinder, 2004).

Enquanto profissionais, os médicos consideram-se responsáveis pela qualidade dos cuidados prestados num sentido tecnicista e do ponto de vista dos resultados clínicos, ou seja, das competências, dos recursos e das condições necessárias para melhorar o estado de saúde do paciente de acordo com os mais elevados níveis técnicos disponíveis (Pilgrimiené & Buciuniené, 2008, p.104).

O foco primordial do pessoal médico reside assim na sua atuação individual dentro dos seus próprios microssistemas profissionais (Reinertsen *et al.*, 2007, p. 1) e, sendo assim, como sugere Stoelwinder (2004), os médicos incorporam a responsabilidade pela qualidade numa perspetiva exclusivamente profissional, isto é, no sentido da responsabilidade que têm para consigo mesmos, para com os seus pacientes e para com os colegas, mas não em relação às organizações em que trabalham.

Na verdade, a posição médica face às iniciativas de melhoria da qualidade hospitalar tende a ser descrita como uma atitude de resistência, que se relaciona com um conjunto de razões. Como exposto por Shekelle (2002, p. 6), um dos aspetos que contribui para tal postura reside no facto de que os médicos poderão não estar de acordo com os critérios utilizados para a medição da qualidade.

Por outro lado, os clínicos tendem a perspetivar este tipo de iniciativas como uma oportunidade de culpabilização dos mesmos na ocorrência de alguma falha. Este aspeto decorre da conceção histórica do papel do médico como o *capitão do navio*, responsável por todos os aspetos do cuidado ao paciente, e, neste sentido, qualquer tentativa de mudança de uma cultura de culpabilização para uma de abertura e aprendizagem implicará inevitavelmente um desafio.

Por fim, uma outra dimensão que parece exercer influência passa pela sobrecarga de trabalho associada a estes projetos para além de todas as tarefas de foro clínico (Shekelle, 2002, p. 6; Reinertsen *et al.*, 2007, p. 1).

Considera o *Institute for Healthcare Improvement* (Reinertsen *et al.*, 2007) que existe uma combinação complexa de fatores que influenciam as dificuldades em promover o envolvimento médico na qualidade. Alguns desses fatores são estruturais, tais como o regime de exercício da profissão (vínculo à instituição, exercício particular, etc.), e outros poderão ser considerados históricos, nomeadamente as eventuais *cicatrices* resultantes de tensões e conflitos anteriores na instituição.

Contudo, de acordo com a mesma fonte, «o mais poderoso fator de todos é a cultura - as crenças, normas e valores - verbalizados ou não - que constituem a base para os padrões de comportamento da equipa médica» pelo que «compreender a cultura existente é indispensável para mudar para uma nova cultura» (Reinertsen *et al.*, 2007, p. 6).

1.2.3. Do lado da enfermagem

Pretendendo avaliar a perceção da qualidade dos cuidados prestados entre enfermeiros de hospitais com e sem certificado de qualidade, Al-Qahtani *et al.* (2012) desenvolveram uma análise cujos resultados permitiram concluir que, na generalidade das dimensões avaliadas, os enfermeiros de hospitais acreditados avaliam de forma mais positiva a performance da instituição onde exercem a sua atividade. Sugere-se por isso que, na ótica dos profissionais de enfermagem, nos hospitais acreditados, o nível de qualidade dos cuidados prestados apresenta-se mais elevado.

Os enfermeiros demonstraram ainda que entre os determinantes mais importantes para a qualidade nos cuidados de saúde estão fatores como a liderança, o envolvimento e apoio, assim como o planeamento estratégico da qualidade.

De acordo com a investigação de El-Jardali *et al.* (2008), no Líbano os enfermeiros experienciaram uma melhoria efetiva da qualidade durante e após o processo de acreditação. Consideram que esta proporciona uma melhoria do trabalho em equipa e da produtividade hospitalar, porém, associam pouco a recompensa ou o reconhecimento como resultados do processo.

Foram contudo detetadas diferenças significativas tendo em conta a dimensão dos hospitais no sentido em que, nos hospitais de menor dimensão, a perceção dos enfermeiros sobre o impacto da acreditação revela-se substancialmente mais positiva.

À semelhança de El-Jardali *et al.* (2008), os resultados de um estudo ao impacto da acreditação num grupo de hospitais públicos da África do Sul (Salmon *et al.* 2003), estando

uns no início do programa de acreditação e outros ainda não tendo iniciado o processo, sugerem que a qualidade percebida pelos enfermeiros (percepção da qualidade clínica, trabalho de equipa e participação no projeto) apresenta-se mais otimista no caso dos hospitais que haviam já iniciado o processo por comparação aos não acreditados (grupo de controlo).

Os estudos referentes à enfermagem revelam ainda o forte *stress* profissional e sobrecarga de trabalho associados à vivência do processo que, segundo os mesmos, não é compensada com qualquer tipo de estímulo ou valorização (Manzo *et al.*, 2011; 2012).

De ter ainda em conta aquilo a que os enfermeiros apelidam de *máscara* ou *maquilhagem* da realidade, apontando para uma falta de continuidade dos processos após as auditorias.

No que diz respeito aos aspetos positivos, os profissionais de enfermagem apontam a maturidade profissional, o orgulho e a satisfação resultantes da colaboração no reconhecimento social do hospital, a segurança profissional associada ao estabelecimento de rotinas, a standardização e organização do serviço prestado em termos dos melhores recursos materiais, técnicos e humanos disponíveis e o ambiente organizacional de aprendizagem profissional, pela troca de experiências e pela possibilidade de mais oportunidades no mercado de trabalho.

Contudo, os enfermeiros referem como aspetos negativos a falta de reconhecimento e valorização (nomeadamente financeira), a pressão colocada sobre o pessoal de enfermagem, as possibilidades limitadas de participação em equipas multidisciplinares e o facto de a qualidade ser implementada com base na imposição da gestão de topo, sem sensibilização prévia dos profissionais (Manzo *et al.*, 2012, p. 157).

1.2.4. Em contexto laboratorial

Entre a literatura disponível sugere-se que os profissionais de laboratório tendem a estar familiarizados com os sistemas da qualidade vigentes, embora a prossecução dos objetivos definidos para a qualidade, bem como a noção dos fatores que influenciam as medidas de qualidade e o envolvimento nos sistemas de qualidade, são dimensões que variam de acordo com os anos de experiência, as credenciais profissionais, o título profissional e o tipo de organização (Blumen *et al.*, 2010).

É particularmente evidente entre os colaboradores com cargos de chefia e entre aqueles com mais anos de experiência, que as representações da qualidade se revelam mais favoráveis. Por outro lado, parte significativa deste tipo de profissionais revela não desenvolver um papel ativo nas tomadas de decisão no que se refere às questões da

qualidade, constatando-se assim uma falta de envolvimento, que por sua vez conduz a uma postura de indiferença em relação ao seu papel neste processo (*idem*, p. 79).

Tendo em conta a investigação de Verstraete *et al.* (1998), apesar de referirem a excessiva burocracia associada à qualidade, estes profissionais revelam preferência por trabalhar num laboratório acreditado do que sem qualquer reconhecimento formal da qualidade, na medida em que consideram ter-se verificado uma melhoria na rastreabilidade do trabalho e nos procedimentos.

No mesmo sentido, os resultados de um inquérito a laboratórios de patologia clínica (Gough & Reynolds, 2000) sugerem que para estes profissionais, entre os aspetos positivos, está a introdução de mais documentação e formação aumentando a segurança na atividade laboratorial.

Contudo, os estudos sugerem que houve um aumento da carga de trabalho do ponto de vista burocrático, pelo que a qualidade terá sido percecionada nalguns casos como cara e ineficiente (*idem*), desencadeando ainda a perceção de que a atenção se encontra mais voltada para os processos do que para a qualidade em si (Verstraete *et al.*, 1998).

1.2.5. Fatores intervenientes na perceção dos processos da qualidade

Para além da categoria profissional anteriormente referida, a perceção dos colaboradores sobre os processos da qualidade é ainda diferenciada de acordo com outros parâmetros, conforme revelam vários estudos.

Na investigação de Al-Qahtani *et al.* (2012, p. 42) apresenta-se evidência de diferenças ao nível das perceções de qualidade tendo em conta fatores de natureza individual. Nestes citam-se: o número de anos de experiência profissional (sendo que o grupo com 4-6 anos registou os níveis mais elevados da escala de avaliação utilizada), a nacionalidade (scores mais elevados no caso de enfermeiros naturais do país dos hospitais em estudo), a formação académica (níveis mais elevados para enfermeiros com “outras habilitações”¹⁸) e idade (enfermeiros com 30-45 anos apresentaram scores mais elevados na generalidade das dimensões avaliadas).

Por seu turno, Duclos *et al.* (2008), apresentam evidência de que, tendo em conta fatores como a categoria profissional, o tempo no serviço, o género e a idade dos indivíduos a avaliação que os profissionais fazem da qualidade dos seus serviços de pertença é diferenciada.

¹⁸ «other than the baccalaureate technique, technique superior, bachelors of science, license technique, or Master's degree» (Al-Qahtani *et al.*, 2012, p. 42).

Efetivamente, será oportuno não perder de vista variáveis de contexto conforme se sugere nos estudos abaixo apresentados.

O serviço de pertença é disso exemplo, como sugerem Duclos *et al.* (2008, p. 14) que apontam a pertença a determinada secção do hospital como um fator que parece exercer efeito na forma como os profissionais percecionam a qualidade e auto-avaliam a conformidade às *guidelines* previstas.

No mesmo sentido, Lord & Littlejohns (1996, p. 532) a propósito das auditorias clínicas, indicam que, se por um lado os profissionais de serviços de cirurgia apontam para posicionamentos menos favoráveis, nos serviços de saúde da mulher e da criança as percepções dos profissionais revelam um padrão mais favorável.

Também no que respeita à dimensão da organização hospitalar¹⁹ existe evidência de que a percepção dos impactos proporcionados pela acreditação ao nível da qualidade é diferenciada, tendendo a demonstrar-se mais positiva quanto menor a dimensão da organização (El-Jardali *et al.*, 2008, p. 366).

Esta investigação mostra que instituições hospitalares mais pequenas tendem a desenvolver uma cultura organizacional mais homogénea e uma maior partilha de valores entre profissionais, facilitando a implementação do processo, por oposição a hospitais de maior dimensão, que por apresentarem estruturas mais hierarquizadas e burocráticas, o tornam tendencialmente mais complexo e desafiante.

Como já referido, a pertença ou não a uma instituição acreditada parece constituir igualmente um fator determinante das atitudes dos profissionais face aos processos da qualidade, mostrando-se mais favoráveis em hospitais já acreditados (Al-Qahtani *et al.*, 2012).

De considerar igualmente a influência dos condicionalismos organizacionais vigentes (ambiente organizacional, prioridades, estratégias, liderança e competências e filosofia organizacional) e do background das instituições ao nível da acreditação (anos no processo, data de atribuição da mesma, número de equipas a trabalhar para no projeto e sua tipologia – voluntária ou não) como fatores altamente relevantes para contextualizar os *outcomes* destes processos, nomeadamente no modo como condicionam as atitudes dos profissionais face aos mesmos (Pomey *et al.*, 2010).

Sugere-se, por outro lado, que o âmbito da implementação do processo influencia a dinâmica de mudança associada ao mesmo. Embora a avaliação da qualidade não seja necessariamente o elemento que suscita a mudança organizacional, constitui um processo-

¹⁹ Dimensão da instituição hospitalar comparada tendo em conta o número de camas.

chave nas organizações de cuidados de saúde ao nível do aceleração da integração e no estímulo à cooperação (sobretudo no caso de fusão de hospitais), na introdução de programas de melhoria contínua em organizações não-acreditadas ou recém-acreditadas, na criação de novas lideranças para as iniciativas com vista à melhoria da qualidade, na criação de oportunidades para o desenvolvimento de relacionamentos internos²⁰ e na promoção do estabelecimento de ligações das organizações com as partes interessadas (Pomey *et al.*, 2010).

No mesmo estudo, pela comparação de cinco casos de organizações de saúde canadianas, os autores puderam perceber que a utilização feita pelas instituições do processo de avaliação externa da qualidade, depende do contexto no qual é implementado, podendo surgir como estratégia de comparação da sua performance com outros hospitais, como forma de combate ao isolamento geográfico da instituição, podendo ainda limitar-se ao objetivo de mera obtenção de um certificado por obrigatoriedade legal.

Detetou-se, por outro lado, que a opção pela acreditação constituía nalguns casos uma estratégia de apoio financeiro no sentido do patrocínio de organizações financiadoras para implementar as recomendações de melhoria (*idem*, p. 11).

Para outras organizações, o processo constituiu uma ferramenta de gestão da fusão hospitalar, para que os profissionais aderissem a uma nova identidade institucional e integrassem práticas clínicas comuns, combatendo deste modo os obstáculos inerentes à agregação de diferentes centros de cuidados (*ibidem*).

Finalmente, o estudo sugere que, com o tempo, a atitude da organização face à gestão da qualidade tende a sofrer alterações. Se num primeiro momento há um forte investimento, o passar dos anos faz com que as organizações de saúde considerem o processo menos desafiante pondo em causa os seus potenciais.

Numa reflexão publicada em 2005, Pomey *et al.* (2005, p. 51) referem que a implementação da acreditação em França, ao assentar num conjunto de paradoxos, teria impactos determinantes nas perceções dos profissionais do referido país, os quais encaravam o processo com uma postura de desconfiança.

Na ótica destes autores, o carácter obrigatório e legislativo da acreditação e a sua influência nos orçamentos atribuídos às organizações de saúde, põe em causa o potencial deste processo para o desenvolvimento organizacional, na medida em que desencadeia estratégias de implementação baseadas na mera conformidade às normas do manual de

²⁰ De acordo com o estudo de Pomey *et al.* (2010, p. 11) o processo contribuiu para que se construíssem relações entre indivíduos que tinham anteriormente tido conflitos ou que nunca haviam contactado devido ao tamanho do território e o número de locais envolvidos.

acreditação, limitando-se à standardização das práticas e à resolução de problemas de segurança, em detrimento de um estímulo à promoção do trabalho de grupo, à descentralização da decisão e ao fortalecimento das relações humanas intra-organizacionais, numa dinâmica de melhoria contínua da qualidade.

Em suma, os contributos expostos sugerem algumas pistas no que respeita ao impacto que diversos condicionalismos de ordem contextual podem ter no modo com os atores das organizações aderem ao processo e participam no mesmo.

Cabe porém considerar ainda a forma como diferentes abordagens da qualidade produzem diferentes resultados relativamente ao impacto que têm nas pessoas envolvidas, tais como o nível de compromisso e satisfação.

De facto, apesar do esforço das instituições no sentido da implementação de estratégias com vista à elevação dos cuidados de saúde, as diferentes estratégias e os modelos implementados produzem resultados diferenciados, nomeadamente a opção por sistemas de mera garantia da qualidade, que acabam por se revelar incapazes de mobilizar verdadeiramente os profissionais de saúde no sentido de uma participação ativa dos mesmos (François *et al.*, 2003, p. 48).

No caso estudado por François *et al.* (*idem*), tal constatação conduziu à implementação de uma filosofia de melhoria contínua da qualidade respeitando a forte segmentação organizacional da instituição hospitalar.

Os resultados preliminares apresentados no artigo supracitado, revelam que a abordagem experimental implementada conduziu a uma perceção da qualidade no sentido da sua forte utilidade e impacto positivo, quer para os profissionais a nível individual quer ao nível do impacto nos seus serviços (*idem*, p. 49).

Foi possível constatar que a adoção de uma estratégia altamente centrada no envolvimento dos profissionais²¹ possibilitou a incorporação da gestão da qualidade no seio das suas motivações pessoais, mas também a elevação dos níveis de responsabilidade, que por sua vez se refletem na satisfação profissional e no sentimento positivo associado à identidade profissional (situação particularmente evidente entre os profissionais geralmente considerados menos essenciais, como o pessoal da limpeza, alimentação e auxiliares de enfermagem).

²¹ Realização de seminários de formação prolongados, aplicação de metodologias de resolução de problemas e envolvimento dos profissionais na identificação dos problemas do serviço, na definição de prioridades, na análise causal dos problemas, na construção de soluções, no planeamento da implementação das mesmas e na avaliação dos resultados, através da constituição de equipas da qualidade representativas dos vários profissionais existentes no serviço (François *et al.*, 2003, p. 48).

Os profissionais alvo desta intervenção revelaram que o projeto da qualidade proporcionou uma maior fluidez da comunicação, apreciando o facto de poderem relatar a ocorrência de problemas e participar na gestão de soluções para os mesmos.

De referir ainda alguns obstáculos apontados na ótica destes profissionais, que consideraram que o mais difícil no processo terá sido a mudança de hábitos, sobretudo por parte dos indivíduos mais antigos no serviço, mas também a burocracia associada, constatando-se que a designada 'papelada' é um fator fortemente desmotivador da adesão aos projetos da qualidade hospitalar.

Numa outra investigação focalizada nos resultados nas pessoas resultantes da aplicação do modelo de excelência EFQM (European Foundation Quality Model) em instituições de saúde, foi possível detetar que, face a um grupo de controlo onde tal abordagem não foi implementada, os profissionais abrangidos pelas práticas do referido modelo perceberam de forma mais positiva a equidade dos procedimentos, o que poderá ser explicado pelo facto de o modelo promover um maior envolvimento no desenvolvimento dos procedimentos organizacionais e na mudança dos mesmos (Arechaederra *et al.*, 2006, p. 8).

Já Smits *et al.* (2008, p. 51) abordam a questão do ponto de vista das diferenças entre manuais de acreditação que refletem diferentes conceções de performance da qualidade. Neste sentido, os autores apontam para o facto de que os manuais mais normativos estarão associados a modos de gestão mais autoritários, e manuais mais equilibrados a formas de gestão mais compreensivas, o que por sua vez origina diferentes *outcomes* em termos da performance organizacional.

É também referido na literatura o facto de em diferentes contextos geográficos as perceções da qualidade apresentarem padrões distintos. Na verdade, as estratégias da qualidade implementadas pautam-se pelos condicionalismos locais e respetivo contexto social, político e económico.

Na análise de McKenna *et al.* (2006, p. 351) refere-se que as perceções da qualidade dos profissionais do Reino Unido e dos EUA apresentam pontos de semelhança mas também de divergência na medida em que, se por um lado as preocupações dos primeiros se mostram mais focalizadas em tópicos como a liderança, as taxas de infeção, os recursos e as listas de espera, os segundos demonstram maior preocupação com as questões relacionadas com a atitude e acessibilidade dos profissionais e com a colaboração entre grupos profissionais multidisciplinares.

Também entre países desenvolvidos e em desenvolvimento são perceptíveis os diferentes focos estratégicos para a qualidade (Shaw *et al.*, 2003, p. 457).

Nos países desenvolvidos verifica-se uma maior tendência para as preocupações com a segurança do doente, a eficácia clínica, a informação ao utente, o desenvolvimento dos profissionais e a redução da variação dos *outcomes*.

Por sua vez, os países em desenvolvimento revelam-se mais focalizados no desenvolvimento das condições e da informação básica e no estabelecimento de uma cultura de responsabilidade profissional, mas também em solucionar as lacunas nos recursos disponíveis para os profissionais de saúde, nos equipamentos e nos próprios edifícios (*idem*, p. 457).

Finalmente, de acordo com um estudo norte-americano sobre as diferenças face à acreditação tendo em conta hospitais do espaço rural e do espaço urbano (Brasure *et al.*, 2000), foi possível apurar que entre as instituições hospitalares de zonas rurais, a procura do reconhecimento formal da qualidade é substancialmente menor.

O custo foi a razão mais frequentemente relatada pelos administradores hospitalares para tal facto (80% dos participantes). Na perspetiva destes atores a acreditação, neste caso pela JCAHO, não acrescentaria qualquer valor à instituição hospitalar que justificasse os custos que lhe estão associados nomeadamente em termos do tempo despendido pelos profissionais.

Por outro lado, os participantes deste estudo consideraram as normas desajustadas a pequenos hospitais rurais. Entre outros motivos, refere-se ainda a já existência de mecanismos de controlo nomeadamente por parte do Estado, e das seguradoras, o receio da divulgação pública de dados, e o facto de o processo ser demasiado burocrático.

1.2.6. O estado da arte em Portugal

Em Portugal, a produção de conhecimento nesta área tem vindo a dar os primeiros passos, acompanhando a evolução das tendências de implementação de programas da qualidade e reconhecimento formal da mesma no território nacional.

Procurando avaliar o envolvimento dos profissionais nos processos de implementação da qualidade, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), procedeu à aplicação sistemática de um questionário a profissionais clínicos e não clínicos de doze hospitais.

Do total de hospitais inquiridos, mais de 90% dos profissionais tinha conhecimento da participação do hospital no processo de acreditação, sendo que na maioria dos hospitais os respondentes revelaram expectativas de melhorias futuras decorrentes do processo,

pese embora quatro hospitais tenham revelado maior ceticismo em relação às melhorias esperadas (Boavista *et al.*, 2004, p. 13).

Quanto à participação no processo, foi possível constatar que em oito dos doze hospitais estudados, grande parte dos profissionais considera não ter tido «nenhuma participação» ou apenas «pequena participação» (com valores entre os 30% e 40%). (*idem*, p. 14).

A mesma análise apresenta ainda os dados referentes à auto-avaliação dessa participação, que na sua maioria terá sido considerada como «ajustada», apesar de uma pequena percentagem dos profissionais referir que «não devia ter participado tanto» (*ibidem*).

Em relação à possibilidade de maior participação, é entre os hospitais de dimensão média que se encontram os valores mais elevados. Quanto ao seu envolvimento, a maioria dos inquiridos afirma que voltaria a estar tão envolvido como esteve, embora a categoria de resposta «talvez» também se revele expressiva sugerindo uma postura reticente quanto a esta afirmação.

Assim, a percentagem de colaboradores que consideraram que o seu esforço no processo valeu a pena foi acima dos 57%. De referir ainda que mais de 50% dos profissionais de onze hospitais considera que na sua instituição foram feitas propostas de solução e melhoria dos problemas.

No que concerne às mudanças introduzidas, uma média de 58% de todos os profissionais inquiridos afirma que as mudanças desencadeadas tiveram impactos diretos para os doentes, referindo-se ainda que em oito hospitais, mais de metade dos inquiridos afirmam que as alterações introduzidas facilitaram o trabalho. Contudo, em cinco instituições 20% a 30% dos colaboradores discorda de tal facto.

Com a finalidade de avaliar o impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar²², Lopes (2007) apresenta a perspetiva de 224 profissionais de um hospital em acreditação e 144 profissionais de um hospital sem intervenção neste âmbito, em relação a um conjunto de indicadores para as seguintes dimensões da qualidade: liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal, aprendizagem e inovação, segurança, gestão dos processos e dos recursos e melhoria contínua.

²² «Neste trabalho a palavra prática utiliza-se para definir as atividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade» (Lopes, 2007, p. 46).

Os dados desta investigação sugerem ainda a presença de diferenças tendo em conta fatores como estar ou não num processo de acreditação, a participação em projetos da qualidade, o exercício de funções de chefia e a prestação direta de serviço a doentes (*idem*, 84-93).

Para todas estas dimensões, foram encontradas diferenças significativas nas perceções dos profissionais das duas instituições, sendo mais favoráveis quando já envolvidos num projeto de acreditação (*idem*, p. 84-85).

A análise da autora evidencia que «as práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar são, em média, mais percecionadas por quem participa em projetos de qualidade do que por quem não participa» (*idem*, p. 88).

O estudo à qualidade organizacional dos serviços de saúde em três Centros de Saúde da Região Centro, de Alzira Lopes (2007), analisa o modo como os profissionais vêm a qualidade organizada.

Concluiu-se que a qualidade se caracteriza «por uma certa centralização do exercício do poder e da tomada de decisão na gestão de topo que influencia negativamente a avaliação feita» (*idem*, p. 297).

A valorização ou desvalorização do perfil dos atributos da qualidade encontra-se portanto associada a fatores de ordem organizacional e profissional, sendo que quando se entra em linha de conta com variáveis de contexto, a perceção da qualidade é influenciada pela profissão.

Deste modo, os médicos consideram com mais qualidade aspetos da organização e gestão do centro de saúde, podendo tal significar que estes são os mais envolvidos no planeamento das atividades e, nesse sentido, mantêm relações de maior proximidade com o poder. Já entre a enfermagem, as questões relacionadas com a autonomia profissional e, nomeadamente, a avaliação do desempenho e a formação profissional são mais valorizadas (*idem*, p. 298).

Por outro lado, tendo em conta a antiguidade na profissão, os resultados mostram que os colaboradores com 9 ou menos anos na profissão tendem a centrar a sua valorização em fatores como o desenvolvimento organizacional e as políticas de garantia da qualidade (*idem*, p. 300).

Através da análise das perceções dos enfermeiros do Hospital Cuf Infante-Santo, Bastos & Saraiva (2010) procuraram perceber o relacionamento entre as características da qualidade em saúde, cultura organizacional do hospital e do sistema da norma ISO para o desenvolvimento da melhoria contínua na organização.

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que apesar de um número significativo dos inquiridos ter conhecimento da missão, visão e valores da instituição, verifica-se que a maior parte dos enfermeiros afirma não conhecer a norma ISO 9001 vigente na instituição.

Na ótica das autoras, este desconhecimento pode tornar-se um obstáculo na medida em que, se os colaboradores não compreenderem o sistema de qualidade que os abrange, as ações no âmbito do mesmo tendem a ser por imposição, sendo mais difícil a sua interiorização.

Existe ainda um conjunto destes profissionais que considera que não tem os conhecimentos e competências necessárias para aderir a projetos de mudança, sobretudo devido à falta de ações de sensibilização para a qualidade (*idem*, p. 19).

Relativamente ao impacto da introdução da certificação nos cuidados prestados, os enfermeiros afirmam que não se detetaram melhorias significativas (*idem*, p. 24), embora revelem que entre as melhorias percebidas está a uniformização dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos, bem como a atualização dos conhecimentos técnicos.

Identificam-se ainda como características inibidoras da implementação do sistema a falta de envolvimento dos profissionais na construção de elementos estratégicos, como os objetivos, sendo que metade dos inquiridos demonstram maior resistência a cumprir os objetivos estabelecidos por não terem sido envolvidos no processo de definição dos mesmos (*idem*, p. 26).

Para além disso, o facto de a classe de enfermagem não estar ciente do potencial do processo para a melhoria do trabalho, tende a fazer deste um processo desnecessariamente rígido, incompatível com a flexibilidade que um serviço exige, podendo ser interpretado pela enfermagem como mais uma forma de limitar o desenvolvimento do seu potencial (*ibidem*).

Salienta-se ainda que «os enfermeiros não concordam com a afirmação de que a qualidade dos cuidados de enfermagem é monitorizada regularmente», discordando que «os resultados das auditorias são disponibilizados e discutidos nos serviços», desencadeando desde logo uma perceção negativa da continuidade do processo de melhoria contínua (*ibidem*).

De acordo com a mesma fonte, podem ser encontradas diferenças quanto às perspetivas dos profissionais, tendo em conta as habilitações literárias dos enfermeiros: aqueles com bacharelato parecem sentir menos necessidade de participação em situações de delineamento de estratégias, ao passo que, os com níveis de formação superior, sentem mais necessidade de envolvimento nos processos de decisão, sendo que, neste caso, se encontra maior descontentamento com o envolvimento (*idem*, p. 29).

Por seu turno, os enfermeiros com maior idade, com maior tempo de exercício profissional e tempo na instituição mais prolongado, são os que concordam mais que a organização disponibiliza formação e que referem estar envolvidos nos projetos relacionados com a melhoria contínua (*idem*, p. 31).

Dando continuidade ao estudo acima apresentado, Quintino & Saraiva (2010) procuraram conhecer as modalidades de comunicação organizacional na instituição e respetivos efeitos na qualidade e perceção da mesma entre os profissionais de enfermagem.

Uma das constatações das autoras aponta para o facto de que, apesar da maioria dos enfermeiros referir ter conhecimento dos objetivos, cingem-se àqueles específicos para o desenvolvimento da sua atividade profissional. Verificou-se que «os objetivos transversais aos serviços constituem, efetivamente, os objetivos de gestão e por isso não foram nomeados pelos enfermeiros, denotando-se pouco envolvimento e motivação para os objetivos da gestão da organização» (*idem*, p. 82).

Metade dos inquiridos (50,5%) refere ainda que não existe cooperação entre os serviços da organização, pelo que consideram que o potencial para a melhoria do trabalho é desaproveitado (60,9%).

Destaca-se assim que uma parte muito significativa dos enfermeiros afirma que não existem canais de comunicação suficientes na organização sugerindo que não dispõem da informação necessária para o excelente desempenho das suas funções. Dos profissionais de enfermagem que responderam ao inquérito, 80% admite que na instituição não existe uma cultura de comunicação e diálogo (*idem*, p. 84).

Perante o exposto, retém-se como fundamento de base desta pesquisa o pressuposto de que para a implementação, adesão e manutenção do processo da qualidade é fundamental conhecer as perceções daqueles que com ele lidam diretamente e o operacionalizam ditando os seus resultados, o que justifica a produção de conhecimento que permita uma melhor visão da realidade intrínseca à qualidade em saúde de acordo com as representações dos seus protagonistas (Coelho, 2007).

Sendo assim, o conhecimento da realidade que aqui se propõe tratar dá lugar a uma interpretação sociológica ancorada num conjunto de contributos teórico-conceituais.

1.3. Para uma leitura sociológica da realidade organizacional hospitalar

O aparecimento tardio de estudos sociológicos na área da saúde, particularmente no contexto português, deu lugar a um crescente interesse pelos fenómenos sociais associados a este campo, alavancando uma produção científica que rapidamente colmata a ausência da sociologia nesta área do saber.

Esta tendência é particularmente sentida no que respeita ao terreno hospitalar, cuja análise se restringiu durante muito tempo à exclusividade da economia, da gestão e administração hospitalar, «deixando vazios consideráveis na sua abordagem como instituição social e deixando permanentemente na sombra os aspetos mais significativos da sua relação com a sociedade» (Carapinheiro, 1987, p. 34).

Inicialmente centrada na captura da lógica social do hospital enquanto instituição total (com autores como Erving Goffman e Michel Foucault), a abordagem do hospital cresce na sua variedade de temas e objetos, procurando evidenciar o seu lugar na sociedade mas também descortinar os fatores de ordem social inerentes à sua estrutura, às suas relações e lógicas de funcionamento internas.

1.3.1. O Hospital, uma instituição social

Como ponto de partida poderemos colocar a análise de um ponto de vista estrutural considerando o hospital como instituição social.

De acordo com Almeida *et al.*, (1994, p. 227) as instituições sociais são «modos relativamente solidificados e cristalizados de fazer e de pensar, que adquirem objetividade e lógicas de funcionamento próprias», pautando-se pela existência de sistemas normativos e simbólicos próprios interiorizados pelos atores sociais, que atuam em conformidade com os mesmos por referência às sanções e recompensas instituídas. Sendo assim, os modos de comportamento e pensamento vêm-se configurados pela instituição social fixando-se no tempo, reproduzindo e construindo a ordem institucional (*ibidem*).

Assume-se por isso que para além das funções estritamente técnicas de diagnóstico, tratamento, cura e até de formação e investigação, o hospital, enquanto instituição social, desempenha um papel social, económico, ideológico, científico e político, articulando-se com diferentes vetores do sistema societal mais vasto de que faz parte – o Estado e a sociedade civil (Graça, 2000, p. 6).

Neste sentido, considera-se que as instituições como o hospital, concentram um conjunto de ideias, crenças, valores e normas, inerentes não só ao seu funcionamento

interno, mas a toda a sociedade envolvente, sendo que em cada época lhe são impostas «determinadas missões ou finalidades, valores, regras e normas» (*ibidem*).

Como vem a ser descrito por Carapinheiro (1982, p. 22), no caso da instituição hospitalar esta relação é particularmente evidente no que respeita às políticas de saúde, que mantendo relações íntimas com as restantes políticas setoriais, sujeitam o hospital a uma adaptação constante às novas necessidades, decorrentes da evolução do lugar da saúde no contexto sócio-económico mais vasto.

No entanto, não se trata de um lugar de repercussão mecânica das orientações político-ideológicas dominantes já que, dentro de uma lógica organizacional que lhe é específica, embora decalcado do modelo geral das normas e valores sociais, o hospital rege-se por um sistema próprio de normas e valores, adaptando-se às mudanças políticas e económicas (*idem*, p. 23).

Por outro lado, na medida em que o hospital se encontra inserido num quadro social mais alargado, para compreender as suas transformações históricas e as suas dinâmicas atuais, é necessário ter em conta «o papel dos seus atores externos», dos *stakeholders* que detendo interesses específicos no campo da saúde foram moldando a sua evolução e rumo atual (Graça, 2000, p. 7).

Ilustrativo disso mesmo é o fenómeno social da qualidade em saúde que, acompanhando as transformações neste campo, tem assumido um protagonismo crescente por força de um conjunto de partes interessadas, desde a Organização Mundial de Saúde, às entidades governamentais nacionais e às próprias agências certificadoras (conforme exposto na parte 1.1.).

1.3.2. Estrutura e ação - o hospital enquanto organização

Para compreender as representações sociais e as lógicas de ação dos profissionais relativamente à qualidade é necessário situar as práticas dos atores na lógica de funcionamento das organizações, em particular nas dinâmicas sociais internas ao terreno hospitalar.

Nas palavras de Ferreira *et al.* (2011, p. xxxii), «qualquer que seja a dimensão da organização, a mesma pode definir-se como um conjunto de duas ou mais pessoas, inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, trabalhando em conjunto e de um modo coordenado para alcançar objetivos».

Contudo, os modelos interpretativos da realidade organizacional assumem prismas diferenciados: ora de carácter macro-estrutural, defendendo a influência determinante da

estrutura, ora mais micro-interpretativos, focalizados na ação do sujeito sobre o contexto organizacional.

1.3.2.1. Do institucionalismo à abordagem sociocognitiva

Do ponto de vista macro-estrutural assume uma posição de destaque a teoria do *institucionalismo*. Esta perspectiva remete-nos, em termos genéricos, para a compreensão do comportamento humano nas organizações como algo que é fundamentalmente definido pelos padrões culturais e institucionais da sociedade (Ferreira *et al.* 2011, p. 167).

Remontando aos postulados de Durkheim e de Parsons, a teoria coloca a tónica no equilíbrio e estabilidade social, reduzindo a ação individual ao ajustamento perante as estruturas ordenadas.

A institucionalização do comportamento humano nas organizações permite a realização das atividades de forma estável e continuada, porque existe uma conformidade social tácita perante pressupostos e princípios comumente partilhados (*idem*, p. 168). A realidade organizacional pauta-se pela sua busca de legitimidade social, sendo esta orientada para dar resposta aos ditames externos.

Nega por isso a autonomia do sujeito, considerando os indivíduos incapazes de ação autónoma, portadora de significado, «cabendo à organização, com metas e estruturas, representar a moral comum e o padrão normativo da sociedade» (Misoczky, 2003, p. 18). Assume-se uma visão coerciva da organização que molda o comportamento dos atores mediante sistemas de regras compartilhados numa lógica de racionalidade coletiva.

Seguindo a influência de Selznick (1948), fundador da corrente institucionalista, DiMaggio & Powell (1983) à semelhança de Meyer & Rowan (1977), propõem um *novo institucionalismo*, embora com enfoques analíticos diferenciados.

Ambas as propostas remetem para a sobrevivência organizacional com base na conformidade. Se para os primeiros a realidade organizacional é o produto de várias pressões institucionais que impelem as organizações a um ajustamento às exigências ambientais (ou seja, sociais, culturais, legais e políticas), para os segundos a tónica é colocada na forma como a organização resulta das redes relacionais, mas também da partilha e adesão cerimonial a mitos racionalizados e institucionalizados (Ferreira *et al.* 2011, p. 168).

Em qualquer dos casos, a ênfase é colocada no ambiente e no seu efeito constrangedor sobre as práticas sociais. O contexto social mais amplo que enquadra a organização é, por conseguinte, um fator de modelação de como devem comportar-se as organizações (Hatch *apud* Ferreira *et al.* 2011, p. 169).

Esta visão contrapõe-se a uma outra perspetiva que, por sua vez, destaca as variáveis representacionais e os esquemas cognitivos dos indivíduos, os quais orientam as suas ações e interações de acordo com os mesmos, num processo dinâmico de construção da realidade organizacional.

Entre este tipo de abordagens deverá ser nomeado Karl Weick (1995) que, recorrendo aos contributos da psicologia social, desenvolve uma *teoria sociocognitiva* das organizações no cerne da qual está o conceito de *sensemaking* (construção de sentido).

Para o dito autor, a organização é uma construção humana, na qual os indivíduos assumem um papel ativo na elaboração e interpretação do seu próprio mundo. Este processo decorre de esquemas interpretativos que subjazem à ação e que resultam da forma como cada ator percebe e interpreta a realidade que o rodeia (Ferreira *et al.* 2011, p. 182). As organizações não são formas pré-definidas, mas sim realidades emergentes e dinâmicas que resultam das interpretações, representações e percepções dos atores (*ibidem*).

Neste sentido, para Weick o ambiente organizacional resulta da multiplicidade de interações, as quais se traduzem num fluxo de experiências que os atores armazenam, e de acordo com as quais orientam as suas ações futuras. A ação dos indivíduos é o resultado da sua reflexão em relação às ações do passado, logo, é a experiência (re)constituída que dá sentido à sua ação na organização e assim sendo, o ambiente é criado pelas interpretações e significados que os atores dão às ações já realizadas (*idem*, p. 187-88).

1.3.2.2. Sobre as representações sociais

Explorando esta linha teórica de pensamento, torna-se pertinente explicitar o que se entende por representações sociais.

O conceito de representação surge no campo da sociologia pelo contributo de Émile Durkheim, que nas suas teorizações em torno da consciência coletiva, apresenta a noção de representações coletivas. Refere-se ao produto do substrato dos indivíduos associados, que emerge como uma síntese dos elementos dispersos no meio social, que se encarnam na forma de símbolos e materializam os fenómenos sociais garantindo a sua estabilidade.

A noção de representação social é mais tarde cunhada por Serge Moscovici, que contrariando as tendências de definição das representações de forma fragmentada e dualista (individualismo vs coletivismo), procurou neste conceito tomar uma posição conciliadora integrando as dimensões individuais e coletivas.

O autor descreve as representações como um fenómeno interno ao pensamento dos indivíduos, mas com uma forte componente social, na medida em que são expressas por

grupos sociais, são engendradas coletivamente e orientam a conduta dos atores em sociedade, bem como a comunicação social entre eles (Castro, 2002, p. 951).

Clarificando o conceito, Moscovici sugere que às representações estão inerentes três grandes dimensões: a informação (que corresponde aos conhecimentos), a atitude (orientação global da avaliação em relação ao objeto que pode ser mais positiva ou negativa) e o campo da representação (objetivação de um conteúdo específico sobre a forma de representação).

As representações sociais constituem assim um modo de concretização do mundo social, cumprindo a função de tornar familiar o que inicialmente era desconhecido através dos processos cognitivos de objetivação (tornar real um esquema conceptual) e ancoragem²³ (constituição de uma rede de significados pelo processo de categorização²⁴).

No entanto, estes processos cognitivos são regulados por um metassistema normativo que contribui para a articulação do individual. É o sistema social que fornece às representações os seus conteúdos, bem como a sua regulação normativa (*idem*, p. 953).

Na sua essência, as representações são um modo de construção da realidade social por meio da sua função construtiva e performativa. Por um lado, constroem/definem as situações determinando até certo ponto a forma como estas decorrem, e, por outro lado, põem em relação pessoas e objetos sociais.

Considera-se assim a construção social de sentido pelas representações sociais como o produto resultante de uma representação cognitiva guiada por processos sociais que determinam a sua manutenção e/ou evolução ao longo do tempo, quer internamente aos grupos sociais, quer a nível externo «porque grupos e indivíduos as recebem, mas também as trabalham» (*idem*, p. 969).

Com efeito, as representações orientam-se para a avaliação e para a ação, na medida em que são estas que determinam o que as pessoas pensam e como pensam, desencadeando ações condizentes com essas mesmas ideias e atitudes.

As representações sociais podem ser expressas em dois sentidos: num sentido estático e num sentido dinâmico. No primeiro caso consideram-se as representações sociais como teorias organizadas e ordenadas em torno de um tema e contendo definições que

²³ De acordo com Moscovici a ancoragem «permite que algo desconhecido e perturbador, que incita a nossa curiosidade, seja incorporado na nossa própria rede de categorias e nos permita comparar com o que consideramos ser um membro típico da categoria» (Moscovici, *apud* Castro, 2002, p. 960).

²⁴ O autor evidencia o carácter social do processo de categorização explicitando que a forma como os indivíduos lidam com o desconhecido é determinado pelas imagens, conceitos e linguagens partilhadas pelos grupos sociais nos quais se inserem (Moscovici *apud* Castro, 2002, p. 960).

permitem classificar e explicar coisas e pessoas, tendo em conta a hierarquia de valores inerente às classificações da teoria. Na sua vertente dinâmica podem ser descritas como redes de ideias, metáforas e imagens que se articulam formando como que uma enciclopédia fluída de ideias (*idem*, 2002, p. 971).

Em suma, a análise das representações sociais permite captar simultaneamente a diversidade/diferenciação e o consenso/semelhança, demonstrando que o conhecimento e o pensamento são necessariamente sociais, sendo esta ideia o alicerce desta teoria.

1.3.2.3. Negociação e estratégia no jogo organizacional

Como alternativa às teorias da determinação estrutural das condutas organizacionais, uma outra perspetiva, particularmente comum nos estudos do hospital, sugere que a lógica de funcionamento das organizações resulta de um conjunto de negociações que os seus membros estabelecem entre si.

O foco de análise da teoria da *ordem negociada* remete para a relação das regras organizacionais com os processos negociativos, decifrando os territórios para o desenvolvimento desses processos e as modalidades de participação nos mesmos. Pela descoberta dos aspetos temporais e padronizados que configuram os processos negociativos resulta a visão da natureza negociada da ordem social estabelecida (Carapinheiro, 1982, p. 63).

O lugar de destaque é atribuído ao sociólogo Anselm Strauss (1963), que procurou ilustrar os seus pressupostos pela análise da realidade intra-hospitalar.

Encarado pela perspetiva da ordem negociada, o hospital apresenta-se como um lugar onde o pessoal, composto maioritariamente, embora não exclusivamente, por profissionais, está envolvido em complexos processos negociativos para atingir propósitos individuais e para trabalhar no contexto da divisão do trabalho estabelecida, segundo objetivos institucionais, clara ou vagamente explicitados (Strauss *apud* Carapinheiro, 1982, p. 67).

O hospital, lugar altamente profissionalizante, dispõe das condições de base ao desencadeamento de múltiplos processos de negociação, ao reunir uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho médico (*idem*, p. 63).

Os objetivos institucionais tornam-se estratégicos pelo estabelecimento de fronteiras de negociação na divisão do trabalho. O autor salienta porém que em prol da coesão

interna, o hospital fomenta um *cimento simbólico* que funciona como mandato generalizado para a organização poder funcionar.

Considera Strauss que o cimento simbólico do espaço hospitalar é o seu objetivo básico de recuperar o doente, apesar de reconhecer que por detrás desse objetivo está igualmente subjacente uma panóplia de desacordos (*ibidem*).

De acordo com Strauss, a negociação, enquanto processo inerente à organização, segue as condições estruturais da mesma. O curso da negociação é determinado por um conjunto de propriedades estruturais originando a variedade de contextos negociativos. São eles: 1) o número de negociadores, a sua experiência e quem representam; 2) a sequência e a frequência das negociações; 3) o balanço relativo do poder entre as partes; 4) as modalidades de participação na negociação; 5) a visibilidade da negociação para os outros; 6) o número e complexidade das questões em causa; 7) a clareza dos limites dos problemas negociados e 8) as opções para evitar ou interromper a negociação (Strauss *apud* Fine, 1984, p. 241).

Assim, «na sua articulação, os contextos de negociação são mediadores dos contextos estruturais e dos processos negociativos, sendo possível que, potencialmente, algumas das consequências destes processos se possam traduzir em mudanças dos contextos estruturais e estes, por sua vez, os possam condicionar nos contextos onde se produzem» (Carapinheiro, 1982, p. 64-5).

Fine (1984, p. 243) destaca que embora as organizações possam parecer um sistema estável e imutável de relações, a abordagem da ordem negociada tem sensibilizado os estudos organizacionais para o facto de que essas relações são em última análise, dependentes do consentimento das partes e que estas são socialmente construídas, ao invés de um processo exclusivamente conduzido por políticas.

Esta perspetiva assume por isso que a principal variável organizacional é o significado que o membro da organização atribui ao ambiente.

As interpretações da realidade organizacional de Crozier & Friedberg (1981) na sua teoria da *ação organizada* apresentam-se compatíveis aos postulados de Strauss. Recusando a forma como as correntes estruturalistas subestimam a ação dos sujeitos, os autores defendem que os trabalhadores da organização são atores sociais dotados de liberdade para agir de forma estratégica no ambiente organizacional.

Como uma construção social e um sistema de ação concreto, qualquer organização é a personificação de um jogo de atores os quais procuram integrar-se com outros atores no sentido de estruturar objetivos e estratégias comuns. Esta interdependência sistemática, a negociação e a reciprocidade entre atores obriga-os a uma postura comportamental

cooperativa. Neste sentido, a organização pode ser vista como uma multiplicidade de jogos de poder articulados, traduzindo-se num conjunto de relações de poder coletivo (Ferreira *et al.*, 2011, p. 576-7).

É através das suas ações estratégicas que os agentes definem as suas relações de poder. Contudo, este poder é em última instância regulamentado pela própria organização. Na medida em que as organizações são construções sociais resultantes das interações entre os atores individuais e coletivos, que controlam a imprevisibilidade que emerge na zona de incerteza, eles podem espontaneamente e informalmente desenvolver um conjunto de recursos e fontes de poder que lhes permitem prosseguir os seus objetivos e estratégias (*idem*, p. 577).

As fontes de poder apontadas por Crozier & Friedberg passam por quatro tipos de zonas de incerteza: 1) a competência e a especialização das funções (quando estas são dificilmente substituíveis mas são cruciais para resolver os problemas vitais da organização), 2) as relações entre a organização e o ambiente envolvente (quando se tratam de atores que personificam um papel estratégico nas informações e decisões relevantes), 3) o controlo da comunicação e informação interna (posições de difusão dos fluxos de informação) e 4) as regras da própria organização (capacidade de descodificar as regras de funcionamento da mesma) (*idem*, p. 576).

Assumindo o controlo sobre as zonas de incerteza, os agentes definem as suas posições de poder. Gera-se assim o que os autores designam por *jogo*, ou seja, o mecanismo de estruturação das lógicas de poder e de regulação da cooperação que garante a ação organizada.

Embora apontem para a liberdade dos sujeitos, os autores não deixam de referir que para se manterem no jogo, os membros da organização deverão enquadrar-se nas regras preexistentes, ou seja, as capacidades estratégicas são efetivamente condicionadas pela própria estrutura, delimitando o campo de exercício das relações de poder (Carapinheiro, 1982, p.83).

Ancorando-se nesta lógica, Crozier (*apud* Carapinheiro, 1982, p.82) considera que os serviços do hospital podem ser encarados na sua vertente passiva, como meros *contextos organizacionais*, e na sua vertente ativa como *construídos organizacionais*. Neste último sentido apontar-se-á para o conjunto de relações que constituem o vivido organizacional dos atores e as suas estratégias recíprocas para desse modo captar as diferentes racionalidades dos sujeitos.

1.3.2.4. Das teorias síntese – para uma abordagem integrada da organização

Não sendo objetivo de nenhum dos autores produzir um referencial teórico diretamente aplicado à leitura das organizações, as concepções da realidade social preconizadas por Anthony Giddens e por Pierre Bourdieu apresentam contributos relevantes à explicação das dinâmicas inerentes aos processos organizacionais.

Tendo como objeto as práticas sociais, e visando superar as tradicionais dicotomias indivíduo/sociedade, Giddens e Bourdieu propõem uma abordagem conciliadora de interdependência entre o agente e a estrutura.

Contrariamente às abordagens institucionalistas da organização como as de DiMaggio & Powell (1983), cuja tônica é colocada nas pressões institucionais sobre as práticas na organização, a leitura dos processos organizacionais ancorada nos pressupostos de Giddens (1984) permite descortinar de que forma a dinâmica social das organizações exerce influência sobre as práticas subjacentes ao fenómeno de interesse (Takahashi & Cunha, 2009, p. 186), neste caso o da qualidade nas organizações de saúde.

Através da *teoria da estruturação*, Anthony Giddens expressa a dependência mútua entre estrutura e agência tal como se apresenta nas práticas. O autor evoca o conceito de *dualidade da estrutura*²⁵ o qual traduz a recursividade essencial da vida social (Peci, 2003, p. 30).

Esta ordem recursiva das práticas presume a reflexividade dos sujeitos. Considera o autor que os indivíduos são capazes de reflexivamente monitorizar as suas ações, apropriando-se das regras e dos recursos da estrutura, para refletirem sobre elas e agir em conformidade com essa mesma reflexão.

Assim, a monitorização reflexiva da ação opera-se através da *consciência prática* que ocorre na esfera da vida quotidiana e que diz respeito à maioria das regras envolvidas na produção e na reprodução de práticas sociais que são *tacitamente* apreendidas pelos atores (Melo, 2012, p. 2).

Reconhece por isso «que os seres humanos são dotados de inteligibilidade sobre os contextos da ação e competentes, ainda que de forma limitada e desigual, para alterarem esses contextos» (Pires, 1988, p. 232).

Com uma abordagem igualmente conciliadora, a leitura de Pierre Bourdieu propõe um modelo teórico através do qual procura entender, de modo articulado, as dimensões

²⁵ Giddens distingue a lógica dualista, que separa o indivíduo e a sociedade, da noção de dualidade que por sua vez implica uma relação de interdependência.

mais estruturais e as mais direta ou indiretamente visíveis das práticas sociais (Casanova, 1995, p. 62).

A *teoria da prática*, na medida em que promove a apreensão das propriedades relacionais dos fenómenos sociais, analisando os indivíduos no contexto da organização e nas suas inter-relações, situando a organização e a cultura organizacional no seu contexto social e histórico, constitui um recurso teórico fundamental dentro dos estudos organizacionais (Nord, 2005, p. 856).

Esta abordagem a que Bourdieu chama de «praxeológica», integra e articula a ação do sujeito e a estrutura, concebendo a realidade social como produto das condições materiais e culturais, mas também das práticas coletivas e individuais (Casanova, 1995, p. 62). Se, por um lado, a estrutura condiciona as possibilidades de escolha dos indivíduos, e nesse sentido molda as suas perceções da realidade, as perceções e as práticas decorrentes dessas perceções têm, por seu turno, influência sobre essa mesma realidade.

O autor concretiza o seu modelo teórico propondo o conceito de *habitus*. Por *habitus* entende-se um sistema subjetivo, mas não individual, de estruturas interiorizadas, esquemas de perceção, de conceção e de ação que são comuns a todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe (Bourdieu, 2002).

Sistema durável e transponível de disposições, o *habitus*, integrando experiências anteriores, funciona a todo o momento como uma matriz de perceções, apreciações e ações (Nord, 2005, p. 863).

O *habitus* não só interioriza o exterior como exterioriza o interior (Bourdieu, 2002, p.163). Trata-se do produto das características particulares de um meio socialmente estruturado resultando em sistemas de disposições duráveis, “estruturas estruturadas” predispostas a funcionar como “estruturas estruturantes”, ou seja, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações.

Essas práticas e representações são por isso reguladas e regulares sem serem o produto da obediência a regras. Adaptam-se aos fins sem terem por detrás uma intenção consciente dos mesmos, e são coletivamente orquestradas sem resultarem da ação organizadora de um maestro de orquestra (Bourdieu, 2002, p. 164).

Dialeticamente relacionado com o conceito de *habitus*, surge na teoria de Bourdieu o conceito de *campos sociais*. Como define o próprio Bourdieu (2003, p. 119), tratam-se de «espaços estruturados de posições que podem ser analisadas independentemente das características dos seus ocupantes (em parte determinadas por elas)».

Os campos definem-se pelos jogos de interesses específicos que os sujeitos desenvolvem em prol da conservação ou subversão dos mesmos, sendo essa a sua condição de existência. Estes são dotados de uma “lógica original” de funcionamento, sendo contudo permeáveis às influências externas de outros campos, nomeadamente o económico ou o político.

As representações sociais e as práticas resultam assim da relação entre o *habitus* e o campo (Casanova, 1995, p. 67). O campo estrutura o *habitus* na medida em que este é o produto da incorporação do campo. Por sua vez «o *habitus* contribui para constituir o campo como mundo significativo, dotado de sentido e de valor» (Bourdieu *apud* Casanova, 1995, p. 67).

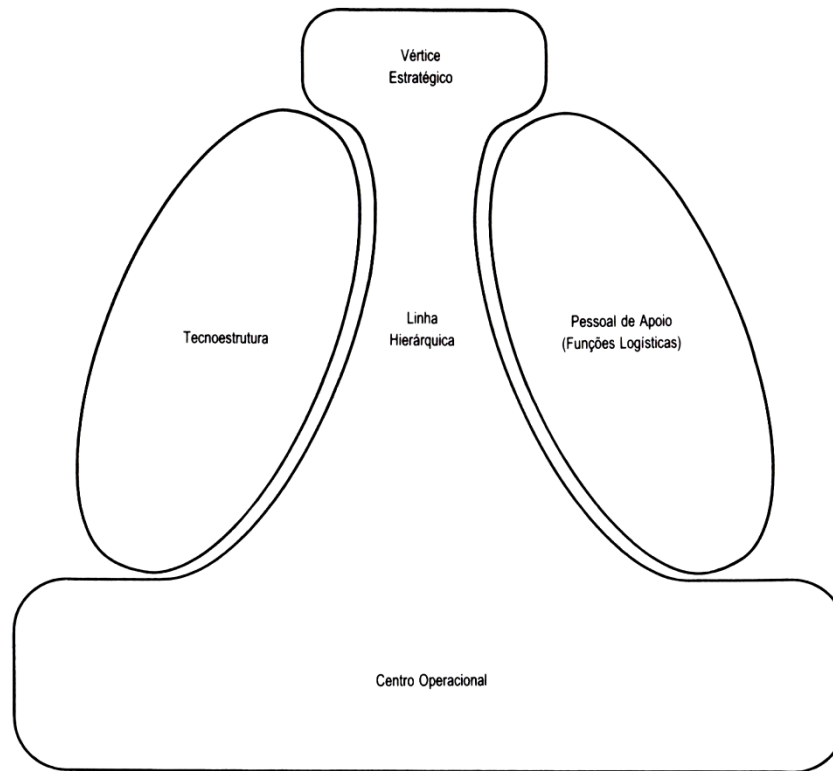
As posições no campo estão intimamente relacionadas com a distribuição das várias formas de *capital*. O *capital simbólico*, consiste de qualquer propriedade (qualquer forma de capital, seja físico, económico, cultural ou social) que é percecionada pelos agentes dotados de categorias de perceção que o conhecem, reconhecem e lhe atribuem determinado valor (Bourdieu *apud* Nord, 2005, p. 861). É por referência a esse capital que a posição dos sujeitos no campo é definida.

Assim, não pretendendo constituir uma receita apriorística da explicação sociológica, o autor propõe a seguinte fórmula: [(*habitus*) (capital) + campo = prática] (Casanova, 1995, p.68). A equação sublinha essencialmente que as práticas sociais são o resultado do *habitus* e do capital dos atores (volumes, estruturas e trajetórias desse capital) mas também do campo em que essas práticas se desenvolvem.

1.3.2.5. O hospital na lógica da burocracia profissional

Por fim, consideramos relevante tecer algumas considerações sobre a estrutura organizacional do hospital na leitura de Henry Mintzberg, de modo a enquadrar as suas dinâmicas de funcionamento interno no que respeita ao fenómeno social em estudo.

Na proposta do autor a análise da organização deve ser feita em função das suas cinco componentes básicas:

Figura 1 – Desenho das cinco componentes básicas da organização

Fonte: Mintzberg, 1979, p. 38.

Recorrendo a este esquema o autor ilustra as várias tipologias e os seus fluxos internos, caracterizando as particularidades inerentes a diferentes tipos de estruturas organizacionais. Com efeito, interessa perceber o que está subjacente a cada componente.

O *centro operacional* agrega todos os executantes do trabalho básico desempenhado pela organização, aqueles que transformam *inputs* em *outputs*. Nas palavras de Mintzberg (1979, p. 43), «o centro operacional situa-se no âmago de cada organização, é a parte crucial da organização que produz os resultados essenciais que a conservam viva».

Por sua vez, localizados na extremidade superior da organização, no *vértice estratégico*, estão os agentes dotados de responsabilidade sobre a globalidade da organização que desenvolvem a sua estratégia e asseguram o cumprimento eficaz da sua missão (todo o quadro dirigente e funcionários de apoio direto aos mesmos).

Entre o vértice estratégico e o centro operacional encontra-se a *linha hierárquica* na qual se localizam supervisores, fazendo a ponte entre uma e outra extremidades. Esta linha pode assumir vários níveis dando origem a diferentes perfis da hierarquia organizacional.

A *tecnoestrutura* designa o conjunto de profissionais que «podem conceber, planear ou assegurar a formação dos operacionais, mas não executam o trabalho propriamente

dito» sendo eficaz «quando utiliza técnicas analíticas para tornar o trabalho dos outros mais eficaz», estando portanto empenhados na melhoria contínua da organização (*idem*, p. 49).

Por último, o *peçoal de apoio (funções de apoio logístico)*, que constitui as unidades especializadas que fornecem apoio à organização, embora estejam à parte do seu fluxo de trabalho operacional.

O autor apresenta ainda um conjunto de fatores de contingência que permitem caracterizar as configurações organizacionais. São eles a estruturação eficaz das organizações, a idade e a dimensão, o sistema técnico, o ambiente e o poder.

É tomando em consideração estes quatro vetores que Henry Mintzberg apresenta diferentes configurações organizacionais, entre as quais a burocracia profissional, descrita como a configuração organizacional típica das organizações hospitalares (*idem*, p. 379).

Tabela 3 – Caracterização da configuração organizacional da burocracia profissional

Principal Mecanismo de Coordenação:	Estandarização das qualificações
Componente-chave da Organização:	Centro operacional
Principais Parâmetros de Conceção:	Formação, especialização horizontal do trabalho, descentralização horizontal e vertical.
Fatores de Contingência:	Ambiente complexo e estável, sistema técnico não sofisticado, configuração estrutural na moda.

Fonte: Mintzberg, 1979, p. 379.

No caso da burocracia profissional são particularmente comuns as estratégias de minimização da influência de gestores e analistas sobre os membros do centro operacional que, deste modo, «trabalham de uma maneira relativamente autónoma, atingindo a coordenação necessária, seja ela qual for, mediante a estandarização das qualificações» (*idem*, p. 331). Trata-se por isso de uma pressão exercida no sentido da profissionalização, apoiando-se na sua formação profissional externa para realçar as suas qualificações (*ibidem*).

Verifica-se assim que o traço predominante desta tipologia organizacional reside no facto de que a coordenação das suas atividades é definida pelas competências dos seus colaboradores. Nesta medida, o parâmetro de conceção de formação (conhecimentos e competências relacionadas com o trabalho) e a socialização (interiorização das normas da organização) assumem aqui particular importância.

Tal característica é particularmente evidente no hospital, já que uma parte muito significativa dos seus profissionais realizou um longo período de formação, de modo a adquirir um corpo de conhecimentos e competências muito específicas antes de assumirem os seus postos de trabalho, dotando-os de «uma latitude considerável no controlo do seu próprio trabalho» (*idem*, p. 380).

Se noutras tipologias a autoridade assenta numa dada posição hierárquica, na burocracia profissional a autoridade assenta no poder da competência, a par da prevalência de regras internas e externas (como os códigos deontológicos específicos de cada profissão) que muitas vezes se sobrepõem às primeiras. Torna-se por isso difícil a implementação de sistemas de planeamento e controlo do trabalho nestes contextos.

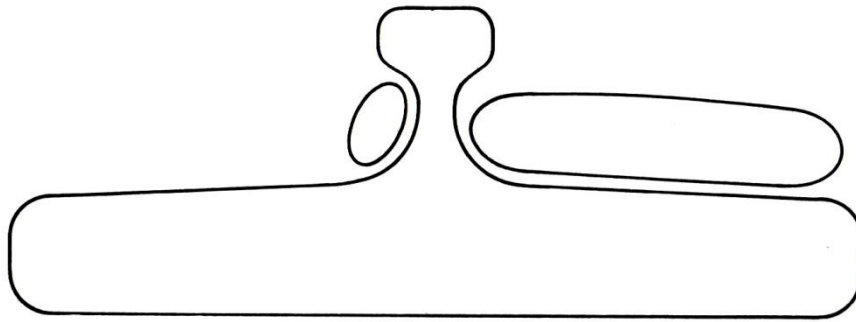
Por outro lado, o funcionamento do centro operacional da burocracia profissional é representado como «reportório de programas padrão» pré-determinados e estandardizados para serem aplicados a situações contingenciais devidamente classificadas, permitindo a decomposição das diferentes tarefas operacionais e consigná-las aos respetivos especialistas.

Neste sentido, «cada um deles pode, em vez de consagrar uma grande parte da sua atenção a coordenar o seu trabalho com o dos seus colegas, concentrar-se no aperfeiçoamento das suas próprias competências» (*idem*, p. 383).

Este processo de classificação funciona como base à formação da estrutura, já que os clientes são classificados em categoriais e a cada categoria está associado o conjunto de especialistas de uma mesma função, e portanto, as unidades da estrutura organizam-se numa base de mercado e numa base funcional.

A organização do hospital por serviços ou unidades reflete de forma muito clara este pressuposto. Por exemplo, a constituição de um serviço de ginecologia num hospital advém, por um lado, do pressuposto funcional (competências, conhecimentos e processos específicos de trabalho) de um mercado específico, pois trata um tipo particular de clientes ou pacientes, neste caso mulheres (*idem*, p. 385).

No que diz respeito às componentes base da organização, é de facto o centro operacional que se destaca na burocracia profissional, apresentando a componente pessoal de apoio muito desenvolvida com a finalidade de servir o centro operacional. De uma forma geral, a par de uma linha hierárquica muito estreita, a dimensão da tecnoestrutura é bastante reduzida. Considera-se por isso uma estrutura muito descentralizada quer a nível vertical quer a nível horizontal. A figura 2 ilustra as características desta configuração organizacional.

Figura 2 – Desenho de uma estrutura de burocracia profissional

Fonte: Mintzberg, 1979, p. 386.

É portanto na base da estrutura que reside o poder organizacional. Este poder que é de caráter profissional, assenta em dois fatores: a elevada complexidade do trabalho que dificulta a sua supervisão por um superior hierárquico ou a sua standardização pelos analistas, bem como a elevada procura dos seus serviços (*idem*, p.386).

À semelhança de Mintzberg, Goss (*apud* Carapinheiro, 1982, p. 49) considera o funcionamento do hospital numa perspetiva de *advisory bureaucracy*, cujo traço principal não são as regras, mas os conhecimentos técnicos específicos e os princípios orientadores para a aplicação destes conhecimentos.

Por seu turno, Bucher & Stelling abordam a questão sugerindo o conceito de *autonomia elástica* no sentido em que não existe um domínio fixo de autonomia, pelo que mediante a competência profissional dos atores, a sua autonomia pode contrair-se ou expandir-se (*idem*, p. 50).

Os autores destacam ainda que neste tipo de organizações a lógica da supervisão dá lugar uma postura de *monitoring*, ou seja, as orientações constituem uma alternativa às ordens, as quais são insusceptíveis de padronização e sempre diferenciais dependendo da avaliação que delas faz o profissional e da sua autonomia para as seguir ou não (*idem*, p. 51).

A descrição que Mintzberg faz acerca da estratégia nos contextos de burocracia profissional é também particularmente útil para a compreensão do lugar dos projetos relacionados com a implementação da qualidade hospitalar.

Considera o autor que neste tipo de organizações o conceito de estratégia perde o seu sentido único e integrador, comum a toda a organização. A estratégia surge neste tipo de estruturas muito mais como uma estratégia individual do que uma orientação comum partilhada por todos os agentes. São as associações profissionais e as instituições de formação que influenciam fortemente as estratégias dos profissionais.

Com efeito, as estratégias organizacionais resultam de iniciativas estratégicas que surgem dentro do próprio centro operacional. Como ilustra Mintzberg (1979, p. 396): «nestas estruturas (...) o administrador não pode impor a sua vontade aos profissionais do centro operacional. Em vez disso, deve recorrer ao seu poder informal e aplicá-lo subtilmente. (...) Deste modo, realiza ao fim de um certo tempo as mudanças que os profissionais teriam rejeitado de imediato se todas tivessem sido propostas ao mesmo tempo».

Nas burocracias profissionais os programas novos que vão surgindo dizem necessariamente respeito a várias especializações estando dependentes da cooperação interdisciplinar. Por conseguinte, a resistência que os profissionais oferecem na cooperação entre si pode traduzir-se em problemas de mudança e inovação (idem, p. 404). Por outro lado, este tipo de processos pode ser dificultado na medida em que o poder de mudança de estratégia é difuso, já que existem múltiplas instâncias de poder em simultâneo com peso na decisão.

1.4. Justificação e pertinência do estudo

Perante uma panóplia de evidência que aponta para a ocorrência de erros e eventos adversos na prática clínica prejudiciais ou mesmo fatais para o paciente (Andrews *et al.*, 1997; Kohn *et al.*, 2000; Dhillon, 2003; Gawande *et al.*, 2003; Health Foundation, 2004; Kwan *et al.*, 2006; Kalra, 2011; Pham *et al.*, 2012), a implementação de medidas para assegurar a qualidade dos serviços de saúde constitui hoje uma necessidade imperativa para a saúde pública. No entanto, o sucesso da gestão da qualidade está altamente dependente da forma como os profissionais envolvidos encaram o processo e incorporam a qualidade nas suas práticas.

Apesar do reconhecimento da importância dos processos de avaliação da qualidade e do papel dos profissionais para esse efeito, são ainda limitadas as referências acerca do entendimento dos profissionais de saúde sobre estes processos, havendo uma lacuna científica entre a exposição teórica dos mesmos e a aplicação por parte dos profissionais dessa prática em saúde (Manzo *et al.*, 2011, p. 572).

Por outro lado, o trabalho de campo e a presença no terreno antecedente à pesquisa foram alertando para algumas dificuldades no que respeita ao envolvimento dos agentes nos sistemas de gestão da qualidade, pautando-se simultaneamente forças motrizes e resistências, abrindo-se assim o caminho para a pertinência de um contributo sociológico na análise do fenómeno.

2. OBJETIVOS

Tendo em conta os pontos acima descritos que justificam a pertinência da realização deste estudo, foi na pergunta de partida: “O que caracteriza as representações sociais dos profissionais de um contexto hospitalar relativamente à qualidade e à certificação em saúde?” que se encontrou a alavanca para o processo de pesquisa aqui apresentado.

No sentido de dar resposta à questão lançada, o objetivo geral que orientou o desenvolvimento deste estudo consiste em analisar as representações sociais dos profissionais de uma organização hospitalar relativamente à qualidade e à certificação.

Mais concretamente, a finalidade do estudo resume-se nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar as representações sociais dos profissionais em relação à qualidade e à certificação;
- 2) Analisar as representações sociais dos profissionais face à qualidade e à certificação de acordo com as características sócio-demográficas, fatores de carácter profissional e fatores de índole organizacional;
- 3) Apurar o impacto desses fatores no interesse e envolvimento dos profissionais face a estes processos.

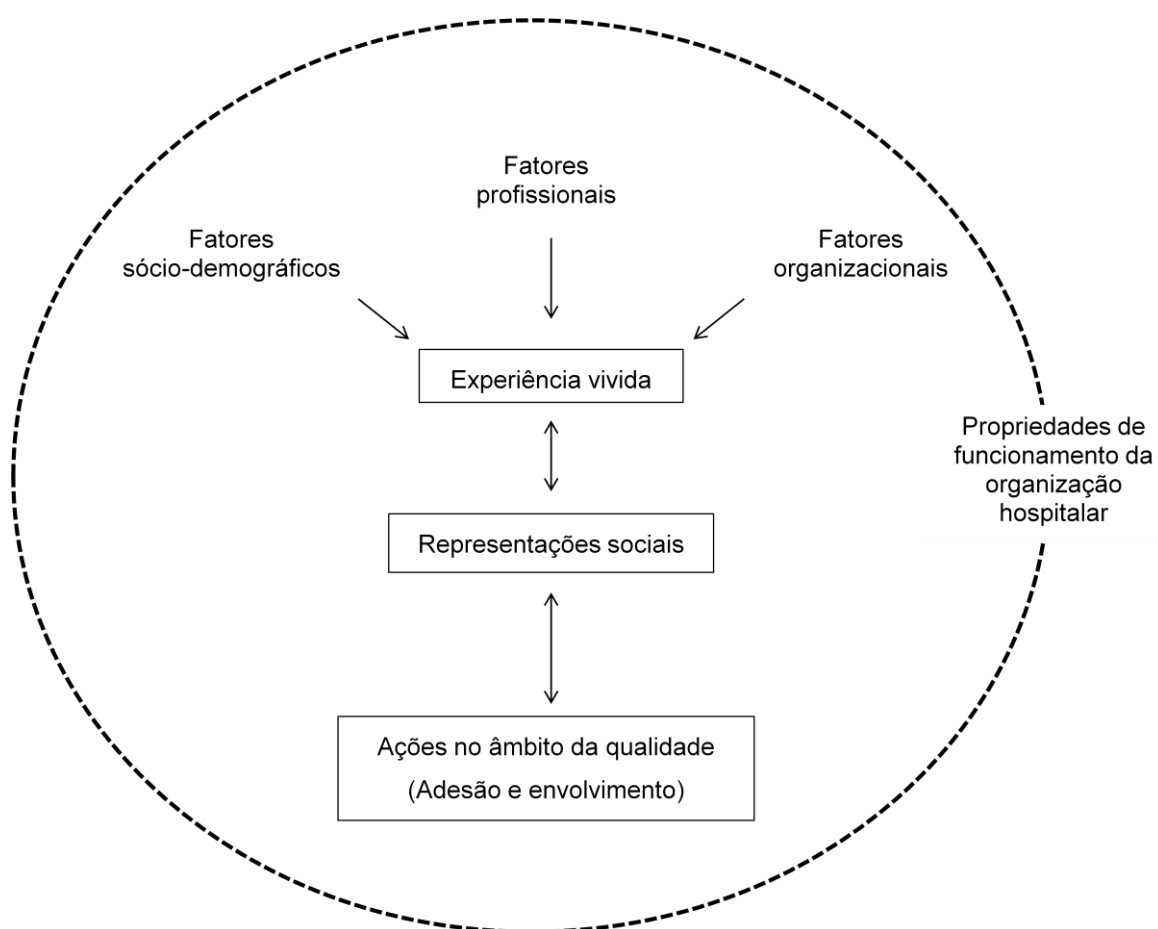
Tendo em conta a indagação central subjacente a este estudo e os objetivos definidos a seu propósito, enunciaram-se as hipóteses de trabalho que se apresentam a seguir:

- 1) As representações sociais dos profissionais, em relação à qualidade e aos processos de certificação, apresentam padrões de diferenciação de acordo com:
 - fatores sócio-demográficos (género, idade e habilitações);
 - fatores profissionais (categoria profissional, tempo na profissão, tempo no serviço, tempo no hospital, cargos de chefia, formação na área da qualidade e experiências anteriores em projetos da qualidade);
 - fatores organizacionais (tipo de serviço – laboratório, internamento ou hospital de dia e participação ou não num processo de certificação).

- 2) Estes fatores têm impacto no envolvimento e adesão dos profissionais a este tipo de projetos.

Como ferramenta auxiliar à definição do objeto de estudo, procurou-se definir um esquema do modelo de análise com as questões centrais que se pretenderam apurar conforme a seguir se apresenta:

Figura 3 – Modelo de análise do estudo



3. METODOLOGIA

3.1. População-alvo

3.1.1. O Centro Hospitalar de São João

Inaugurado oficialmente em 1959, o Hospital de São João é o maior hospital da região Norte e o segundo maior do país. Trata-se de um hospital universitário, com ligação à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Em 2006, passa a Entidade Pública Empresarial, mudança que desencadeou um processo de reorganização e que em 2011 culminou com a fusão com o pólo de Valongo (antigo Hospital de Nossa Senhora da Conceição) que originou o atual Centro Hospitalar de São João.

No Porto, o edifício principal conta com 11 pisos, para além de um conjunto satélite de edifícios em redor do mesmo, possuindo uma lotação de 1076 camas.

Este centro de cuidados presta assistência direta a parte da população da cidade do Porto e concelhos limítrofes, assumindo-se como centro de referência para a maior parte dos distritos do Porto, mas também para Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas. Nele se encontram cerca de 34 especialidades clínicas e um conjunto de 9 especialidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados. De acordo com o relatório e contas do CHSJ (CHSJ, 2012), em 2011 registaram-se uma média de 850 atendimentos urgentes/dia, 100 intervenções cirúrgicas/dia e 2700 consultas/dia.

Em termos da sua estrutura organizacional, para além da liderança de topo pelo Conselho de Administração, o hospital está organizado nos níveis intermédios de gestão em duas áreas: produção clínica e apoio e suporte.

3.1.1.1. A qualidade no Centro Hospitalar de São João

Foi no final da década de 90 que o hospital deu os seus primeiros passos na qualidade com a certificação do Serviço de Imunohemoterapia, pioneiro na área da saúde em Portugal.

O Hospital de São João inicia pouco tempo depois a implementação da qualidade pelo modelo da King's Fund, ex-Health Quality Service (HQS) e atual Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), criando para o efeito o projeto "Caminhando" coordenado por uma Comissão de Acreditação que geria a implementação do referido modelo.

Tendo obtido a acreditação provisória em 2006, esta Comissão terminou as suas funções no princípio desse mesmo ano. A partir de então, esta área de intervenção passa a estar inserida no Serviço de Qualidade Operativa (SQO), criado em Fevereiro de 2006.

Entretanto, também em 2006, o Serviço de Anatomia Patológica torna-se certificado de acordo com o referencial NP EN ISO 9001, e em 2007 o Centro de Ambulatório (CAM) obtém a mesma certificação. Mais tarde, em 2011, a Unidade de Medicina de Reprodução, por obrigatoriedade legal, e o Serviço de Humanização, de forma voluntária, são igualmente certificados pela ISO 9001:2008. O CHSJ possui, ainda, os laboratórios de Imunohemoterapia acreditados pela Norma ISO 17025 desde 2005.

Adotando uma estratégia de certificação gradual dos vários serviços, a instituição cria em 2012 o Serviço de Certificação, dedicado à implementação de sistemas de gestão de qualidade e acompanhamento dos mesmos, o qual alcança no mesmo ano a certificação.

3.1.2. Os participantes

De acordo com a literatura revista, as perceções que os profissionais têm de processos organizacionais como o da qualidade e certificação parecem ser mediadas pelos contextos em que se desenvolvem, assim como pelas suas características individuais e a sua pertença grupal, nomeadamente o grupo profissional.

Assumindo este pressuposto, optamos por relevar duas dimensões analíticas: por um lado captar diferentes contextos micro-organizacionais, neste caso escolheram-se diferentes serviços do hospital, e por outro, considerar as diferentes categorias profissionais que neles atuam.

Nesta ordem de ideias, o critério de base à escolha dos participantes foi desenvolvido com a finalidade de retratar a realidade social da organização, assumindo a divisão do trabalho clínico-hospitalar, quer do ponto de vista do tipo de cuidados prestados

pelos diferentes serviços, quer dos diferentes papéis e respetivas funções exercidos pelos agentes organizacionais.

Consubstancia esta opção o facto de se assumir que num contexto de internamento, de hospital de dia e de laboratório, a realidade que se constrói é diferenciada, e, por essa razão, as representações dos sujeitos podem assumir padrões distintos.

Por outro lado, à variedade de papéis profissionais associados a tarefas distintas, estão implícitas diferentes modalidades de relação com a realidade organizacional, refletindo-se em interpretações distintas da mesma, e nesse sentido, desencadeando lógicas de ação igualmente diferenciadas.

Sendo a implementação da gestão da qualidade e o processo de certificação as pedras de toque que subjazem a esta pesquisa, o facto de no centro hospitalar em estudo existirem serviços certificados (com diferentes períodos de certificação), sem certificação e em preparação para a mesma, constituiu uma mais-valia para a nossa análise, assumindo-se igualmente como critério de seleção dos participantes.

Tomando em consideração os pontos acima descritos, selecionaram-se para a realização desta pesquisa sete serviços hospitalares: Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Oncologia Médica, Unidade de Medicina de Reprodução, Cirurgia Geral e Ortopedia e Traumatologia. Na tabela a seguir apresentam-se as unidades de análise, de acordo com os critérios definidos para a sua seleção.

Tabela 4 – Serviços estudados por tipo de serviço e situação na certificação

Serviço/ Unidade	Tipo de serviço			Situação no processo de certificação		
	Labora- tório	Interna- mento	Hospital de dia	Certificado	Em certificação	Sem intervenção
Imunohemoterapia	x			x (1)		
Anatomia Patológica	x			x (2)		
Patologia Clínica	x				x	
Oncologia Médica			x			x
Medicina de Reprodução			x	x (3)		
Cirurgia Geral		x				x
Ortopedia e Traumatologia		x				x

Notas:

(1) 14 anos de certificação (1999)

(2) 9 anos de certificação (2006)

(3) 2 anos de certificação (2011)

Apesar de se assumirem como contextos sócio-organizacionais específicos, limitando as possibilidades de transportar a sua realidade para outras, esta opção viabilizou a descrição compreensiva e integrada dos casos permitindo interpretar os resultados obtidos à luz das condições específicas de cada contexto.

Relativamente às categorias profissionais, foram incluídas todas as categorias existentes em cada um dos serviços: médicos, enfermeiros, técnicos superiores²⁶, técnicos de diagnóstico e terapêutica²⁷, assistentes técnicos, assistentes operacionais e encarregados operacionais. Como critério de exclusão definiu-se a ausência do serviço (ex. ausência por doença).

3.2. Instrumentos de recolha e análise de dados

Visando a prossecução dos objetivos definidos para esta pesquisa adotou-se uma estratégia de complementaridade entre instrumentos de recolha de dados de carácter quantitativo com uma abordagem qualitativa de aprofundamento do objeto de estudo.

Efetivamente, como sugerem Bauer *et al.* (2000, p. 9) se por um lado «não existe quantificação sem qualificação», já que para a medição é necessária uma categorização prévia do mundo social, «não há análise estatística sem interpretação» pois os dados não falam por si.

Assim, e de forma a superar o binómio quantitativo-qualitativo, procurou-se conciliar uma e outra estratégias complementando as suas virtualidades e anulando mutuamente as suas potenciais desvantagens numa abordagem de *continuum metodológico* (Miles & Huberman, 1994, p. 20).

O propósito da aplicação do inquérito por questionário teve subjacente a necessidade da cobertura macro-extensiva do objeto de estudo, com vista a uma caracterização estrutural das representações dos indivíduos, de forma a reunir uma maior amplitude de informação e a identificação de eventuais padrões de variação. Porém, a adoção de uma estratégia qualitativa revelou-se imprescindível para uma apreensão mais completa e aprofundada do universo de representações em estudo.

De forma a permitir a sua extensividade, a construção do inquérito implica a estandardização das questões e das possibilidades de resposta, porém estas poderão não

²⁶ Nos quais se inserem, neste estudo, técnicos superiores de laboratório, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos.

²⁷ Nos quais se inserem, neste estudo, técnicos de laboratório.

traduzir exatamente o posicionamento dos sujeitos, para além de não permitir captar a subjetividade inerente a essas mesmas respostas.

Por isso mesmo, na investigação sociológica pela via exclusiva do inquérito «os resultados apresentam-se muitas vezes como simples descrições, desprovidas de elementos de compreensão penetrantes» (Quivy & Campenhoudt, p. 190). Com efeito, aplicando técnicas de foro qualitativo, neste caso entrevistas individuais semi-diretivas, pretendeu-se atender a estas limitações buscando descortinar as dimensões mais subjetivas e os fundamentos subjacentes às perceções dos agentes pela análise dos seus discursos, auxiliando as interpretações dos dados quantitativos.

3.2.1. Inquérito por questionário

Procedeu-se à distribuição de inquéritos por questionário a todos os colaboradores que no momento de aplicação do inquérito se encontrassem a exercer atividade no serviço, estabelecendo-se o período de 15 dias para resposta ao mesmo.

Foram selecionados para constituir a amostra 632 profissionais, dos quais se obteve um total de 296 questionários válidos, o que corresponde a uma taxa global de resposta de 47%. Considerando uma estimativa do número de colaboradores a exercer atividade no CHSJ aquando da realização do estudo, os indivíduos inquiridos correspondem a uma percentagem de cerca de 5% do universo de profissionais do referido centro hospitalar.

Para assegurar a confidencialidade e anonimato das respostas, mas também pela viabilização do processo de recolha de informação, o preenchimento do inquérito foi feito por auto-aplicação.

Relativamente ao seu conteúdo, o inquérito por questionário contemplou cinco grupos de questões com finalidades específicas.

Num primeiro conjunto de perguntas procurou-se caracterizar o inquirido tendo em conta o seu perfil sócio-demográfico (género, idade e habilitações literárias) mas também em termos do seu perfil profissional (categoria profissional, tempo na profissão, tempo no serviço, tempo no hospital e exercício de um cargo de chefia). Ainda nesta primeira parte, procurou-se obter informação sobre o contacto do inquirido com a realidade da qualidade e da certificação (formação específica na área da qualidade, experiências anteriores neste âmbito e participação na construção do sistema de gestão da qualidade, no caso dos inquiridos de serviços certificados).

De forma a analisar as perspetivas e atitudes dos profissionais em relação à qualidade e à certificação construiu-se um segundo grupo com dois tipos de questões: uma

de carácter fechado e outra de resposta aberta. A primeira questão solicitava aos sujeitos que expressassem o seu grau de concordância face a um conjunto de afirmações relacionadas com a problemática²⁸ através de uma escala de *likert* com 5 níveis de concordância. No seguimento deste objetivo e procurando captar categorias de análise que eventualmente não tivessem sido contempladas na questão anterior, apresentou-se um espaço de resposta aberta sugerindo aos respondentes que enumerassem até três vantagens e três desvantagens da certificação da qualidade.

As duas secções de questões a seguir destinavam-se a grupos distintos de inquiridos: o primeiro, com perguntas exclusivamente aplicáveis a profissionais de serviços já certificados ou em processo de certificação, com o objetivo de aferir sobre a sua relação com o sistema de gestão da qualidade, envolvimento e interesse no mesmo, relatando o grau de aplicabilidade de um conjunto de afirmações e de questões ao seu caso particular, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 o nível de nenhuma aplicabilidade e 5 o nível de aplicabilidade mais elevado); o segundo, dirigido aos profissionais de serviços não certificados a quem se apresentou um outro grupo de questões, com o intuito de avaliar o seu grau de predisposição para a adesão à qualidade e a projetos de certificação.

Por fim, aplicáveis a todos os respondentes, colocaram-se duas perguntas para que os profissionais expressassem a sua apreciação global sobre a qualidade e a certificação, distinguindo estas duas noções, fazendo novamente recurso a uma escala em que 0 corresponde a uma apreciação muito negativa e 5 a uma apreciação muito positiva.

De particular importância foi o espaço em branco reservado a comentários para uma eventual exposição livre por parte do inquirido, de forma a apurar eventuais dimensões não captáveis através do questionário.

Para o tratamento e análise da informação proveniente dos inquéritos por questionário foi utilizado o software SPSS[®]. A identificação de diferenças estatisticamente significativas entre grupos fez-se com recurso aos testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis tendo como referência um nível de significância de 0.05.

No anexo 1 apresenta-se um exemplar do questionário aplicado.

3.2.2. Entrevistas semi-estruturadas

Sugerem Albarello *et al.* (1997, p. 89) que «a entrevista é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo».

²⁸ Cujas definições teve como base a análise exploratória no terreno bem como os pressupostos sugeridos pela revisão da literatura realizada.

Assumindo que uma metodologia exclusivamente quantitativa poderia revelar-se demasiado restrita para captar o objeto de estudo em causa, optou-se por desenvolver também uma abordagem de carácter qualitativo, acreditando poder aprofundar as suas perspetivas em relação à qualidade e à certificação e compreender o fundamento que subjaz a essas perceções através dos discursos dos interlocutores.

A entrevista semi-estruturada afigurou-se como a tipologia mais adequada ao tipo de informação que se visava recolher pela via qualitativa. Pretendeu-se desta forma guiar o interlocutor pelas temáticas que se pretendiam ver abordadas, dando simultaneamente abertura suficiente para o livre desenvolvimento do seu discurso.

De facto, ao permitir uma maior flexibilidade, o guião semi-estruturado confere ao investigador a capacidade de adaptação à medida que o discurso do interlocutor é desenvolvido, isto é, permite a alteração da ordem das questões assim como a colocação de outras perguntas que se revelem pertinentes no decorrer da entrevista (Coutinho, 2011, p. 101-102).

Procedeu-se assim a uma amostragem²⁹ por casos múltiplos procurando dentro da homogeneidade do grupo estudado (profissionais do centro hospitalar) salientar a sua diversidade interna tendo em conta variáveis que se pudessem traduzir em diferentes posições dos sujeitos face ao tema em análise (Guerra, 2006, p. 46).

Interessava, por um lado, aprofundar as visões da liderança dos serviços relativamente à problemática mas também apurar as perspetivas das diferentes categorias profissionais. Optou-se assim por realizar entrevistas aos diretores de serviço ou aos responsáveis pela qualidade³⁰ dos serviços em estudo, e ao conjunto de colaboradores correspondentes a cada categoria profissional.

Relativamente aos primeiros, a solicitação da entrevista fez-se por contacto direto aquando da apresentação do estudo. No total foram entrevistados três diretores de serviço e três responsáveis pela qualidade³¹.

Quanto aos profissionais, a seleção dos entrevistados foi realizada com base na listagem de um conjunto de participantes que no inquérito assinalaram interesse em ser

²⁹ O conceito de amostragem na pesquisa qualitativa não é entendido na sua representatividade estatística mas sim do ponto de vista da sua representatividade social, ou seja, a preocupação reside no conhecimento aprofundado de um dado grupo social ou organização.

³⁰ No caso dos serviços certificados e em certificação, a entrevista foi realizada com os dirigentes do processo (neste caso os responsáveis pela qualidade).

³¹ Não foi possível realizar a entrevista a um dos diretores dos serviços participantes.

contactados para este propósito, apresentando uma forma de contacto para esse efeito³². Dos inquiridos que assinalaram interesse em participar, foram contactados sete profissionais.

O critério de seleção foi definido em duas fases. Em primeiro lugar, foi selecionado pelo menos um participante de cada categoria profissional. Em segundo lugar, nas categorias profissionais onde mais do que um inquirido manifestou interesse em ser contactado, a escolha foi realizada com base no critério de maior tempo no CHSJ e maior tempo no serviço, na perspetiva de uma visão longitudinal da qualidade na instituição em estudo, dimensão que nos interessava ver aprofundada nas entrevistas.

Para os encontros com os dois grupos de entrevistados (diretores de serviço/ responsáveis da qualidade e profissionais dos serviços) assim como com os interlocutores de serviços certificados/ em certificação e não certificados foram construídos diferentes guiões de entrevista. Apresentam-se no anexo 2 os guiões de entrevista utilizados neste estudo.

As questões colocadas visavam por um lado apreender os significados atribuídos pelos atores à realidade organizacional envolvente, quer na perspetiva do hospital, na sua globalidade, quer no que especificamente concerne ao serviço de pertença. Para o efeito sugeria-se que os entrevistados refletissem sobre o percurso do contexto organizacional, desde o momento em que iniciaram a sua atividade profissional no mesmo, até à data em que a entrevista foi realizada.

Por outro lado, querendo aprofundar as suas representações face à problemática em estudo, solicitou-se aos entrevistados que expressassem o seu posicionamento face à qualidade e à certificação, de uma forma geral, mas também no que concerne ao CHSJ (apreciação face ao passado e perspetivas futuras).

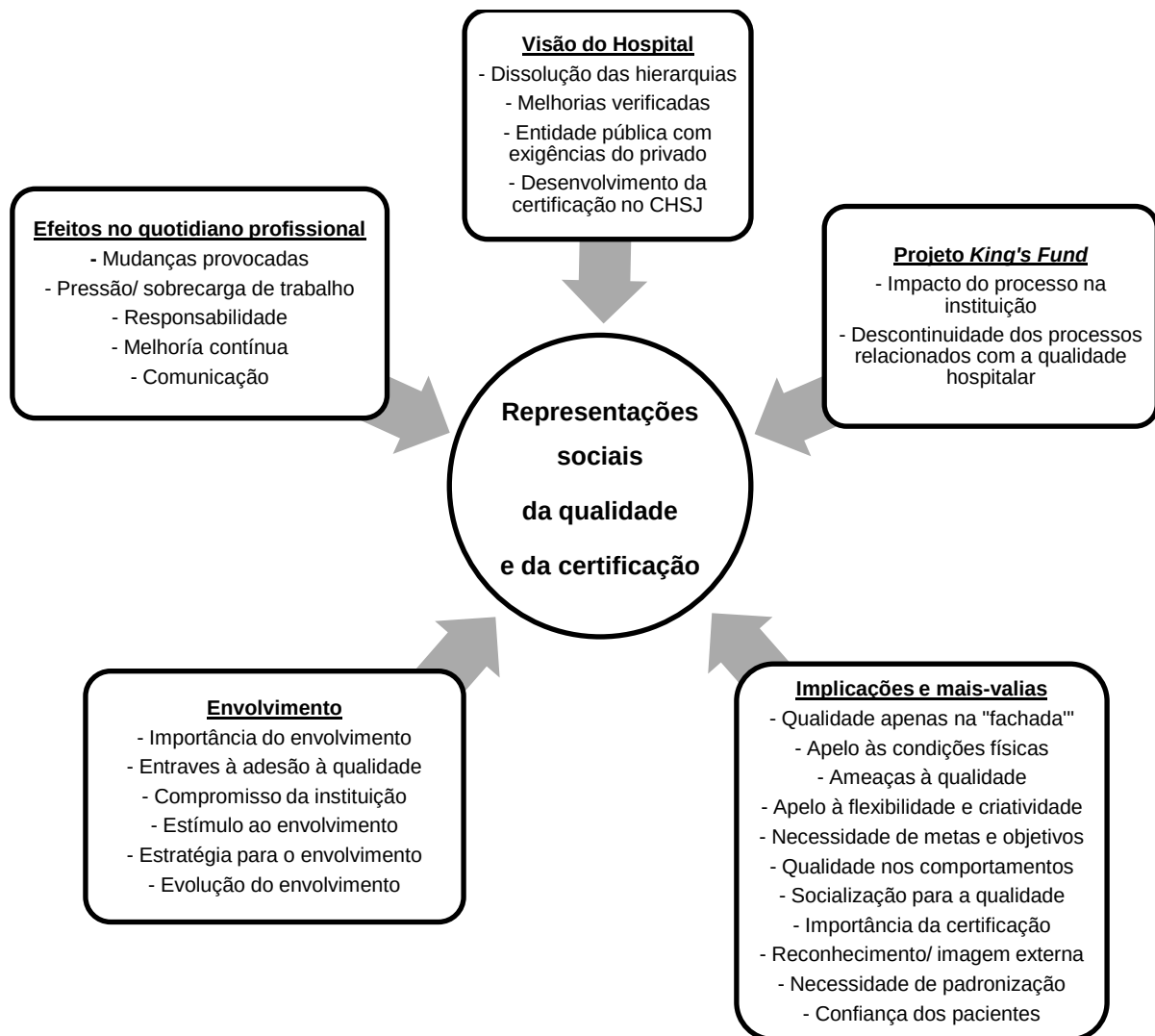
Relativamente aos profissionais e líderes dos serviços certificados, as questões lançadas visavam aferir sobre as motivações inerentes à implementação do processo e a sua vivência no quotidiano profissional, enquanto por parte dos interlocutores pertencentes a serviços não certificados as perguntas focalizaram-se nas potencialidades e desafios que tal cenário poderia desencadear.

A análise da informação qualitativa foi desenvolvida com recurso ao software NVivo® elencando categorias e subcategorias dos discursos dos participantes à luz dos objetivos do estudo.

³² No final do inquérito por questionário, apresentava-se aos inquiridos a possibilidade de colaborarem no estudo participando numa sessão de entrevista. O inquirido deveria assinalar com uma cruz se desejasse ser contactado para tal e apresentar uma forma de se proceder a esse contacto.

Da informação qualitativa resultante dos discursos dos profissionais foi possível obter o seguinte esquema analítico³³:

Figura 4 – Categorias e subcategorias resultantes da análise qualitativa



3.3. Questões éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão Ética do CHSJ/FMUP perante o compromisso de anonimato dos participantes, independentemente da gravação dos seus testemunhos (a qual foi formalmente consentida pelos mesmos), assegurando a total confidencialidade da informação proferida (ver aprovação no anexo 3 e modelo de consentimento informado no anexo 4).

³³ Ver grelha de análise das entrevistas (anexo 5).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1. Introdução

Articulando os dados do inquérito com os discursos obtidos pelas entrevistas de aprofundamento do objeto de pesquisa, procura-se neste capítulo evidenciar as propriedades da realidade em estudo, desenvolvendo uma análise crítica dos resultados tendo em conta os objetivos traçados e a matriz teórica desenvolvida.

Apresentam-se assim as percepções dos profissionais e os seus posicionamentos no plano da qualidade em saúde, identificando padrões de diferenciação com base em fatores de natureza sócio-demográfica, profissional e organizacional. Por sua vez, as evidências de foro estatístico são aprofundadas à luz dos significados e interpretações atribuídos pelos atores à problemática em causa.

4.2. Caracterização da amostra

Perante a tabela 5 abaixo apresentada podemos reter alguns traços que caracterizam a amostra em causa.

Do ponto de vista etário verifica-se uma distribuição pelas várias classes de população ativa, com ligeiro destaque para o grupo dos 31 aos 40 anos. É interessante constatar que uma parte muito substancial dos inquiridos é do género feminino. Já o padrão de habilitações literárias revela-se coincidente com a natureza das funções dos colaboradores.

Estando representadas as várias categorias profissionais do hospital em análise, verifica-se que o tempo de exercício da profissão, assim como o tempo de permanência no serviço e no hospital, indicam que, apesar da proporção considerável de colaboradores ainda em início de carreira, a percentagem de profissionais que indicou períodos de tempo mais alargados é significativa.

Tal facto sugere que existe um conjunto de indivíduos cuja antiguidade na instituição aponta para o desenvolvimento de uma forte vinculação à mesma, e nesse sentido, hábitos e práticas profundamente enraizados.

Quanto aos antecedentes dos inquiridos na qualidade verifica-se que a maioria não tinha qualquer formação específica na área ou quaisquer experiências anteriores com projetos deste tipo. Entre os serviços certificados ou em certificação, constata-se a predominância de profissionais que não participaram na construção do sistema de gestão da qualidade.

Tabela 5 – Caracterização da amostra

Variáveis descritivas	N.º de indivíduos	%
1. Idade		
20 – 30	70	23,6
31 – 40	99	33,4
41 – 50	76	25,7
51 – 60	41	13,9
> 60	10	3,4
2. Género		
Feminino	213	72,7
Masculino	80	27,3
3. Habilitações literárias		
1.º ciclo do ensino básico	4	1,3
2.º ciclo do ensino básico	4	1,3
3.º ciclo do ensino básico	8	2,7
Ensino secundário	31	10,5
Bacharelato	5	1,7
Licenciatura	148	50,0
Pós-graduação	45	15,2
Mestrado	44	14,9
Doutoramento	7	2,4
4. Serviço		
Anatomia Patológica	30	10,1
Cirurgia Geral	53	17,9
Imunohemoterapia	44	14,9
Oncologia	34	11,5
Ortopedia e Traumatologia	60	20,3
Patologia Clínica	69	23,3
Medicina de Reprodução	6	2,0
5. Categoria Profissional		
Médico	72	24,3
Enfermeiro	95	32,1
Técnico de diagnóstico e terapêutica	55	18,6
Técnico superior	20	6,8
Assistente técnico	32	10,8
Assistente operacional	22	7,4
6. Tempo na profissão (anos)		
0 – 5	56	18,9
6 – 10	84	28,4
11 – 20	79	26,7
> 20	77	26,0
7. Tempo no Serviço (anos)		

0 – 5	109	36,8
6 – 10	76	25,7
11 – 20	57	19,3
> 20	54	18,2
8. Tempo no Hospital (anos)		
0 – 5	82	27,7
6 – 10	79	26,7
11 – 20	76	25,7
> 20	59	19,9
9. Cargo de chefia		
Sim	43	14,7
Não	250	85,3
10. Formação específica na área da qualidade		
Sim	33	11,2
Não	262	88,8
11. Experiências anteriores com a qualidade		
Sim	52	18,2
Não	201	70,5
Não aplicável	32	11,2
12. Participação na construção do SGQ		
Sim	58	20,1
Não	75	26,6
Não aplicável	156	53,3

4.3. Visão do Hospital

No sentido de contextualizar as posições dos atores perante a problemática, os profissionais entrevistados desenvolveram uma análise sobre o CHSJ identificando os principais traços a reter sobre a instituição, bem como os pontos mais relevantes da sua evolução ao longo do tempo.

Entre os aspetos elencados, os agentes organizacionais identificaram a dissolução das hierarquias como uma das principais mudanças desencadeadas ao longo do tempo. Esta dissolução prende-se sobretudo com o poder médico que parece ter vindo a perder o seu protagonismo nas dinâmicas organizacionais por força das alterações na gestão hospitalar, decorrente do processo de empresarialização do CHSJ, que não só contribuiu para uma maior subjugação do poder médico às orientações da administração, como também deu lugar à integração de profissionais de outras áreas do saber na gestão da organização.

“Claramente quando eu iniciei a atividade eram os médicos as pessoas mais importantes do hospital e quem tinha todo o protagonismo, e quem dirigia todo o hospital. De então para cá passou a ter-se uma chefia e uma gestão mais profissionalizada e a meu ver de uma forma mais correta, entregue a economistas, a gente ligada no fundo à gestão. (...) Essa é a principal mudança do hospital. Portanto o médico deixou de ser o centro de tudo. Quando eu cheguei cá, o diretor de serviço era o supprassumo, a pessoa que mandava e que estava acima de toda a gente. Quase ninguém na direção do hospital mandava. E agora há uma hierarquia muito

melhor definida e de facto funciona como uma empresa e isso nota-se. E isso é uma diferença enorme.”

[Médico, NC]

“Portanto a diferença é substancial, indiscutivelmente, quer dizer, há uma distribuição maior de responsabilidades por outros elementos que não só o Conselho de Administração, mas que drenam tudo, o que no fundo são quase como uma fonte do rio que é o Conselho de Administração não é? De maneira que cada um gere, um... Um mini-hospital, no fundo, mas que convergem todos para o hospital.”

[Responsável pela qualidade 1, C]

Observa-se deste modo uma tendência para a dispersão das relações de poder que anteriormente pareciam apresentar-se de forma muito mais concentrada numa só categoria profissional, conforme descrito por Carapinheiro (1982).

Outros profissionais destacam o esbater das relações de poder entre profissionais de saúde assim como entre os colaboradores e o público hospitalar.

“A funcionalidade, as hierarquias, acho que todos esses entraves que existiam anteriormente estão a colocar-se de lado. Estão a trabalhar mais em equipa do que separadamente.”

[Assistente operacional, C]

“Eu lembro-me que havia muita autoridade de algumas classes que trabalhavam no hospital para com o público. Havia uma autoridade enorme, havia alguma prepotência para com o utente, agora já há mais respeito.”

[Assistente técnico, C]

Ainda no que concerne à empresarialização do hospital, será de referir que para determinados profissionais, o processo tem colocado algumas dificuldades à gestão dos serviços, no sentido em que, apesar das exigências de qualidade e produtividade característicos de entidades privadas, os serviços hospitalares regem-se pelos ditames da função pública, provocando discrepâncias cuja conciliação constitui um desafio.

“Portanto, isto basicamente é um hospital público que se rege por leis da função pública, mas que simultaneamente nos pedem critérios de qualidade e de produtividade privados. E portanto há uma discrepância grande, que às vezes leva a situações de conflito, conflito de interesses ou... Por muito que as pessoas se interessem por isso, é difícil às vezes implementar as coisas que estão previstas.”

[Diretor de serviço, NC]

Os colaboradores não deixam de referir porém um conjunto de aspetos positivos verificados na evolução da instituição, nomeadamente ao nível das instalações, da produtividade, da focalização no doente e da introdução de *guidelines* e orientações.

“Há sempre coisas que podem ser melhoradas, mas eu acho que o hospital melhorou muito nos últimos anos. Em termos de instalações. Nesta última década houve uma clara melhoria

em termos de produtividade, em termos de atenção ao doente e de focalização do centro deste hospital no doente, não nos profissionais.”

[Médico, NC]

“A percepção que os profissionais têm do que é a segurança para o doente... Do tratamento global humano aos doentes... Penso que é a grande diferença. Porque em termos de qualidade técnica, claro que tem havido uma evolução brutal da qualidade mas é, acho eu, uma consequência da evolução técnica, em termos gerais, a nível de saúde. E portanto eu acho que a evolução nesse aspeto tem sido num sentido positivo.”

[Responsável pela qualidade 2, C]

“Acho que em termos de procedimento melhorou, em termos de guidelines, de orientações para os profissionais melhorou. Se bem que eu acho que nos últimos 5 anos, demasiado centrado com a desculpa da melhoria contínua da qualidade, se calhar houve uma preocupação menor com a satisfação dos profissionais. E acho que foi um bocadinho contraproducente, estou a falar por mim, não é?”

[Técnico superior, NC]

4.4. O projeto *King's Fund* no CHSJ

Admitindo que é com base nas suas experiências quotidianas que os sujeitos formulam e reformulam as suas representações sociais, apurar a visão dos profissionais relativamente a um projeto anterior no âmbito da qualidade no CHSJ constituiu um recurso fundamental à contextualização das suas posições no momento em que o estudo foi desenvolvido.

De uma forma geral, a apreciação do projeto *King's Fund* entre os profissionais revela-se positiva, admitindo a ocorrência de melhorias significativas no CHSJ decorrentes desse processo. O trecho abaixo apresentado representa um exemplo desse posicionamento.

“Eu faço uma apreciação positiva do projeto da acreditação da King's Fund. Não se mudou muita coisa, mas pelo menos algumas coisas mudaram, e pelo menos trouxe a consciência de uma auditoria externa à qualidade dos serviços prestados por nós. E nesse sentido foi uma boa iniciativa e deixou marcas de certeza. A partir daquele momento os profissionais daqui passaram a perceber que há critérios de qualidade que são provavelmente objetivos e que são passíveis de serem avaliados por uma instituição externa e que não basta dizer que somos bons, é preciso mostrar. E há critérios que são objetivos, no fundo são mensuráveis e neste aspeto acho muito positivo.”

[Médico, NC]

Contudo, na ótica dos profissionais, estes desenvolvimentos não terão sido suficientes para implementar uma verdadeira cultura da qualidade na instituição em causa,

salientando a necessidade de sensibilizar os colaboradores para a qualidade, de forma a assegurar a sustentabilidade deste tipo de iniciativas.

“A certificação pelo King’s Fund foi uma coisa importante do meu ponto de vista para o hospital, e implicou mudança de processos e tudo isso. Aquilo que eu acho é que se se quiser ensinar, portanto, do meu ponto de vista isto é uma questão de educação, portanto não é uma questão pontual de hoje ser acreditado pelo King’s Fund, amanhã ser outra vez acreditado... Isto tem que ser uma coisa de educação...”

[Diretor de serviço, NC]

Ainda, um dos principais aspetos referidos pelos profissionais tem a ver com o retrato que fazem deste processo como uma realidade à qual não se deu continuidade, experiência que desencadeará uma postura de desconfiança face a projetos subsequentes neste âmbito.

“Eu acho que se fez muito, ou fez-se alguma coisa. O que se fez foi de uma forma descontinuada, aliás como se faz tudo em Portugal. A gente entra no projeto, abandona o projeto, entra noutro projeto... As coisas não têm continuidade. Eu acho que vale a pena as pessoas continuarem e perceberem o que é fundamental.”

[Enfermeiro, C]

“Trabalhei no King’s Fund, fizeram-se as normas todas mas depois aquilo não deu continuidade.”

[Enfermeiro, C]

“Em relação à acreditação, ao King’s Fund, sei que houve uma série de folhas de trabalho, houve um grupo de trabalho que foi formado... Teve algum desenvolvimento... Não me pergunte porque é que parou. Não sei porque aquilo foi desativado, a comissão de acreditação também não sei. Não sei se foi por questões económicas, não faço a mínima ideia.”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“Relativamente ao King’s Fund, eu acho que foi fundamental naquela altura e eu lembro-me perfeitamente do envolvimento e da entrega que muitos dos profissionais envolvidos tinham no projeto. Só lamento que depois tenha morrido. (...) Estou convencida que pelo menos serviu para uma coisa: serviu para fazer um levantamento de como realmente o hospital estava e que muita da qualidade que se fez ao doente veio desse levantamento e que algo se fez. Foi pena se ter perdido de facto.”

[TDT, C]

“E acho que as coisas têm acontecido neste âmbito das certificações, das auditorias e essas coisas, tem sido tudo... A gente depois não sabe o feedback, daquilo que nós fazemos! Pedem-nos trabalho mas depois nós não sabemos o que é que aquilo deu.”

[Técnico Superior, NC]

Face às possibilidades futuras de desenvolvimento da qualidade no CHSJ, os profissionais apontam para a necessidade de dar novos passos nesse sentido, ansiando por uma realidade de crescente extensão da gestão da qualidade aos vários serviços

hospitalares. Sugere-se inclusivamente que, dado o primeiro passo com o *King's Fund*, o hospital se encontra em condições de avançar para outro tipo de projetos.

Há no entanto referência aos possíveis entraves a esse desenvolvimento, nomeadamente a alusão a realidades distintas (mundo clínico *versus* mundo laboratorial) onde a implementação da qualidade pode exigir abordagens diferenciadas.

“A acreditação pelo King's Fund é uma... é o que eu chamo um arrumar da casa. Ou seja, o que se tem é muito procedimento administrativo mas fica muito por aí, pelos procedimentos administrativos e que são, como eu digo, um arrumar de casa, e por isso temos alguma experiência para agora avançarmos para outro tipo de normas.”

[Responsável pela qualidade, EC]

“Eu vejo noutros serviços que não têm certificação, não têm nada, fazem de qualquer maneira e não pensam que ao fazer aquilo também estão a prejudicar o utente e eles próprios. Se nós ajudarmos que uma contaminação se manifeste também nos estamos a prejudicar. Por isso é que eu acho que todos os serviços deviam ser certificados. Todos. Devia ser uma coisa obrigatória. Porque sendo obrigatória as pessoas trabalhavam muito melhor. Não faziam as coisas tão... Tão levianas como fazem.”

[Assistente operacional, C]

“A maior parte dos espaços do São João agora já estão novos com equipamentos, desde as salas, a equipamentos, a tudo, está tudo novo. Se quando fizeram a transição lhes exigissem a acreditação da qualidade acreditaria que funcionasse muito melhor. Porque foram para uma casa nova com velhos hábitos. E isso é muito mau. Começam a cometer os mesmos erros que cometiam anteriormente. Se têm umas instalações novas, se estão a progredir, se estão a tentar melhorar, porque não exigir também aos serviços, o que no fundo não era nada de especial.”

[Assistente operacional, C]

“Acho que tem que acontecer, mais tarde ou mais cedo tem que acontecer. Acho que vem no seguimento da evolução natural do que tem acontecido neste hospital, no meu serviço. Portanto vejo isso como uma coisa natural. Como eu disse, quando eu entrei, éramos nós que nos julgávamos em casa própria e neste momento já nos habituamos a ter outros profissionais de outras áreas a apreciarem a performance do hospital e eu vejo isso como absolutamente natural.”

[Médico, C]

“Mas, a minha experiência em relação à certificação deste serviço e à padronização de processos, é importante. Acho que se lucra muito, deixa de haver tantos erros, há uma mobilização das pessoas e eu acho que é fundamental, portanto, se nós quisermos partir deste nosso exemplo para o resto do hospital eu acho que era francamente favorável a isso. Acho que só iriam beneficiar.”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“Eu acho que cada serviço aqui do hospital é um mundinho e as minhas realidades não são iguais às do parceiro ali do lado. E também tenho a noção que apesar de tudo há dois tipos de

mundos: há o mundo clínico e o mundo laboratorial que são lógicas completamente diferentes. Penso eu... São lógicas bastante diferentes. Nós aqui somos mais métricos, é mais fácil a gente apanhar as métricas e as coisas repetidas e tal. As clínicas já, dá-me a sensação... Não sei se é tão fácil, não sei se é tão fácil, implementar a qualidade na clínica. Não sei..."

[Responsável pela qualidade 2, C]

4.5. Qualidade e certificação: que posições?

Assumindo o carácter complexo e multidimensional da problemática em estudo, para captar as perspetivas e atitudes dos profissionais face à qualidade e à certificação, foram contemplados diferentes indicadores de análise.

Com base na presença exploratória no terreno antecedente ao processo de investigação, e tendo em conta os estudos já realizados neste âmbito, foram elencadas 16 afirmações através das quais se visava aferir sobre a forma como os profissionais se posicionam face às questões da qualidade e à realidade da certificação.

Apesar de apresentados aleatoriamente no questionário, de forma a evitar possíveis vieses decorrentes do encadeamento das respostas, os indicadores analisados foram agrupados em quatro dimensões, cuja identificação se fez através de uma análise de componentes principais, perante o pressuposto da qualidade do ajustamento, sendo que o valor mínimo de variância explicada nos indicadores individuais foi de 0,25 variando até 0,69. As quatro dimensões identificadas explicam cerca de 55% da variação dos dados (tabela 6).

A fiabilidade das quatro componentes foi testada, tendo-se obtido um *Alfa de Cronbach* igual a 0,67 para a primeira dimensão, 0,82 para a segunda dimensão, 0,47 para a terceira dimensão e 0,31 para a quarta dimensão.

Dada a fraca robustez dos valores do *Alfa de Cronbach* para a terceira e quarta dimensão, não é possível assegurar a fiabilidade da agregação dos respetivos indicadores. A sua identificação vale, porém, para sustentar um padrão geral.

Tabela 6 – Dimensões da perspectiva e atitude face à qualidade e certificação (score fatorial)

Indicadores (afirmações do inquérito)	O lado benéfico qualidade e da certificação	A qualidade certificação enquanto formalismo	Custos da qualidade	Visibilidade do trabalho realizado
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.	0,69	-	-	-
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.	0,60	-	-	-
B1.12. A certificação da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes.	0,74	-	-	-
B1.13. Quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.	0,81	-	-	-
B1.15. A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.	0,62	-	-	-
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.	0,79	-	-	-
B1.1. É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum.	-	0,41	-	-
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.	-	0,64	-	-
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.	-	0,74	-	-
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.	-	0,73	-	-
B1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.	-	0,68	-	-
B1.2. Qualidade é sinónimo de burocracias e “papelada”.	-	-	0,46	-
B1.8. Fazer com qualidade é mais caro.	-	-	0,65	-
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.	-	-	0,77	-
B1.3. A certificação é importante para o reconhecimento social/político do serviço.	-	-	-	-0,62
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.	-	-	-	0,78

Nota: A numeração das afirmações corresponde à numeração utilizada no questionário aplicado.

Identificadas as dimensões de perceção da qualidade, torna-se relevante analisar o sentido das opiniões dos inquiridos face às questões colocadas.

4.5.1. O lado benéfico da qualidade e da certificação

Uma das dimensões identificadas reporta aos indicadores de pendor favorável à qualidade, expressando a posição dos inquiridos quanto a um conjunto de fatores nos quais a implementação de projetos desta natureza pode revelar-se um benefício.

Tabela 7 – O lado benéfico da qualidade e da certificação (%)

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica/ Não responde
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.	27,7	56,2	11,0	3,8	0,7	0,7
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.	17,0	33,3	22,4	22,4	4,1	0,6
B1.12. A certificação da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes.	13,7	50,0	27,7	7,2	0,7	0,7
B1.13. Quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.	22,0	49,8	20,0	6,8	1,0	0,3
B1.15. A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.	13,3	45,6	28,9	9,5	1,7	1,0
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.	16,8	50,5	24,4	5,8	0,7	1,7

Tendo em conta o impacto benéfico da qualidade e certificação, os dados obtidos neste estudo evidenciam a proporção significativa de profissionais (83,9%) que considera que a certificação se reflete numa ajuda à atividade dos mesmos (afirmação 6), à semelhança do que é constatado no estudo de Boavista *et al.* (2004).

Contudo, nos seus discursos os profissionais entrevistados sugerem uma opinião menos favorável, o que requer particular atenção já que, tal como sugerem Bastos & Saraiva (2010), o facto de os profissionais não estarem cientes do potencial do processo de certificação para a melhoria do trabalho desempenhado constitui um entrave ao sucesso da gestão da qualidade.

“Eu não sei se tem grande impacto na atividade, sinceramente. Acho que as pessoas tentam cumprir os procedimentos que estão definidos, que depois as pessoas são avaliadas, mas não sei se tem impacto... (...) Não vejo grande diferença, ao vir de um serviço não certificado para este certificado, em termos de qualidade de trabalho, das pessoas trabalharem de outra maneira, com outra postura, não.”

[Enfermeiro, C]

De facto, conforme vem a ser descrito por outros estudos (Manzo *et al.*, 2011; 2012; Verstraete *et al.*, 1998; Gough & Reynolds, 2000), os profissionais das instituições de saúde consideram frequentemente a qualidade e os processos de certificação como algo externo ao seu próprio trabalho, percecionando as tarefas a desempenhar neste âmbito como fonte de pressão, nomeadamente ao nível da gestão do tempo, ao invés de uma ajuda ao trabalho dos colaboradores.

Sugerir-se-á, porém, que o facto de não considerarem a certificação enquanto instrumento para a melhoria da atividade desempenhada, poderá relacionar-se com o facto de não reconhecerem o seu impacto direto, nomeadamente pela sensação de inexistência de objetivos e metas concretos.

“Se a qualidade tivesse impacto direto nos profissionais, alguma relação, de alguma maneira uma relação direta com a pessoa, eu acho que toda a gente ficava super empenhada na qualidade. Como não existe uma relação de causa-efeito para a pessoa... Eu acho que as pessoas menos empenhadas não se empenham na qualidade porque depois não vêm... Não lhes acresce nada. Se calhar, só lhes acresce no trabalho. Eu acho que toda a gente faz as coisas, mas as pessoas têm de encontrar um objetivo e têm de ter uma meta, e isto não é visto. Não existe essa meta.”

[Enfermeiro, C]

Relativamente aos impactos da qualidade para os doentes, apesar de uma proporção significativa de colaboradores favoráveis à ideia de que ser certificado significa prestar melhores cuidados (afirmação 7), assim como proporciona uma maior satisfação do paciente (afirmação 12), verifica-se a existência de um conjunto de indivíduos que demonstra incerteza face a tal efeito e até mesmo discordância (tabela 7).

Esta tendência parece ir de encontro às constatações do estudo de Bastos & Saraiva (2010), cujos resultados indicam que a certificação não teve, na ótica dos inquiridos, impactos significativos na melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Apesar de tudo, ao refletirem sobre os efeitos decorrentes da certificação na atividade diariamente desempenhada, os profissionais salientam o impulso positivo proporcionado pelo processo, nomeadamente para a prevenção da ocorrência de eventos adversos assim como para a elevação da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo assim para uma maior satisfação do paciente assim como dos próprios profissionais.

“Isso é importante porque nós estamos empenhados em melhorar e se eventualmente alguém andar a supervisionar, nomeadamente a comissão da qualidade, infeção e assim, se depois nos der o feedback sabemos se estamos bem, no bom caminho, ou se temos que melhorar não é? E eu acho que todas as críticas construtivas e que sirvam para a gente aprender são benéficas”

[Enfermeiro, NC]

“Mas, a minha experiência em relação à certificação deste serviço e à padronização de processos, é importante. Acho que se lucra muito, deixa de haver tantos erros, há uma mobilização das pessoas e eu acho que é fundamental...”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“Nós quando vamos efetuar seja o que for, seja uma limpeza, seja uma desinfeção, seja um derramamento de sangue, nós pensamos sempre em tudo quanto é regra para fazer. Para quê? Para que não haja erros, para que não haja infeções, para que o controle seja maior.

Acaba por ser um benefício também para os doentes. Se nós tivermos esse cuidado e essa atitude acabamos por não correr tantos riscos. Temos dúvidas, se aquilo não nos está a parecer bem, paramos, perguntamos ou vamos ao manual de instruções.”

[Assistente operacional, C]

“Num serviço certificado é preciso ter a consciência constante de que se está sempre... Portanto estou a fazer isto mas tenho que pensar sempre numa perspetiva de melhorar.”

[TDT, C]

“Mas também acho que a qualidade nos faz evoluir, porque quando nós temos uma não conformidade, nós temos que estudar para ver como é que se vai ultrapassar aquele problema. Também tem este lado que eu acho que é muito, muito bom.”

[Enfermeiro, C]

“Os desafios são melhorar de uma forma geral a qualidade de tudo o que nós fazemos. As oportunidades são aproveitar mais uma auditoria externa para melhorar aspetos que com certeza são passíveis de melhorar, nomeadamente em termos de organização, em termos de atendimento do doente, ser ainda mais personalizado, ainda mais cuidado, que é aquilo que nos separa das instituições privadas. Um atendimento mais cuidado do doente, e mais intimista do doente, e eventualmente uma melhor interface com os outros profissionais do sistema nacional de saúde, nomeadamente com os clínicos gerais. (...) Portanto vejo isso como uma boa oportunidade.”

[Médico, NC]

“Bem, eu acho que a primeira é se calhar o benchmarking, não é? Acho que é fundamental em certificação. Depois são as linhas de orientação, que eu acho que são fundamentais para os profissionais. Depois a própria integração e saber porque é que aquele e este serviço foi certificado, quais são as mais-valias, quais são os pontos críticos, aquilo que se tem de melhorar... Eu acho que aí, se calhar, nisso, o facto de a certificação ser visada na qualidade e na satisfação do doente, também, se calhar, acaba por dar mais importância à satisfação do profissional, não é?”

[Técnico superior, NC]

À semelhança dos resultados de outros estudos (Pomey *et al.*, 2004; Manzo *et al.*, 2012; Verstraete *et al.*, 1998; Gough & Reynolds, 2000; El-Jardali *et al.*, 2008), também os dados estatísticos aqui reportados (tabela 7) indicam a tendência para o reconhecimento generalizado da maior organização e eficácia dos serviços hospitalares decorrente da certificação (afirmação 13).

De referir também que, embora de forma um pouco menos expressiva, dado o valor da posição neutra (28,9%), os profissionais reconhecem que a qualidade promove o espírito de equipa e colaboração entre colegas de trabalho (afirmação 15).

Neste sentido, há um conjunto significativo de inquiridos (67,8%) que considera que os esforços para a implementação da gestão da qualidade são compensatórios (afirmação

16). A este respeito, apresenta-se abaixo um trecho de discurso proferido por um diretor de serviço sobre o balanço do processo de certificação.

“Mas temos sempre tudo orientadinho, temos as coisas mais... Pedem-nos os dados, queremos saber as coisas, temos tudo direitinho. Aí vale a pena... (...) Agora estão as coisas mais organizadas e temos a questão de ter a opinião dos clientes mais... Nós, até agora, de uma maneira geral, os doentes agradeciam mas não tínhamos nada escrito com a satisfação dos doentes, e agora temos.”

[Diretor de serviço, C]

4.5.2. A qualidade e a certificação enquanto formalismo

Numa ótica de foro mais estrutural, encarada a problemática do ponto de vista do bem comum (afirmação 1), a qualidade é percecionada por praticamente todos os inquiridos como um bem que importa assegurar (tabela 8 apresentada a seguir). Ao sugerir-se um sentido de responsabilidade social e comunitária, as respostas dos inquiridos vão de encontro ao padrão socialmente aceite e desejável.

No entanto, apesar deste reconhecimento quase “oficial”, os inquiridos não deixam de sugerir uma perceção dos processos da qualidade como meros formalismos.

De facto, embora as respostas ao inquérito apontem para uma tendência discordante com o facto de que “o sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente” (afirmação 5), os discursos proferidos pelos colaboradores indicam que a certificação tende a ser vista como uma mera formalidade, isto é, uma forma de mascarar a realidade quotidiana dos serviços, facto que parece confirmar os resultados revelados no estudo desenvolvido por Manzo *et al.* (2011).

“Não é só a imagem mas o interior da imagem que temos que melhorar. Porque nós podemos pintar uma fachada muito bonita, se o interior não for tratado, deteriora-se rapidamente.”

[Assistente operacional, C]

“Se for só para pôr ali, como eu passo em vários hospitais, que sei aquilo que se passa lá dentro e que vejo cartazes cá fora a dizer - Qualidade não sei quantos... Certificado por não sei quê, não sei que mais... – é que isso traduz um momento no tempo daquela instituição e não traduz aquilo que é a vida diária daquela instituição...”

[Diretor de serviço, NC]

“Lá está, se calhar deverá haver contínua supervisão. Não é: ‘vamos empenhar-nos que vamos ter a comissão da qualidade esta semana, vamos dar uma boa imagem ao hospital’. Isto tem que ser contínuo, não é? E mesmo, lá está, em termos do número de camas por enfermaria, acho que na altura que se passou essa acreditação houve uma melhoria. Eu não sei se depois se manteve, tipo não haver macas nos corredores. Isso é benéfico não é? Houve vários aspetos em que as pessoas se empenharam para corresponder favoravelmente... Mas depois é preciso manter.”

[Enfermeiro, NC]

“Não é só dizer que se faz e depois na prática fazer só de vez em quando. Que é isso que eu acho que às vezes falha um bocadinho. As pessoas no processo de certificação fazem tudo muito direitinho mas depois vão-se esquecendo de algumas coisas. Pronto, a minha perspetiva aqui é que não se esqueçam coisas que são fundamentais, não é? Se é para fazer é para fazer direito, não é?”

[Técnico superior, NC]

Um outro aspeto que se prende com o carácter formal da qualidade passa pela razão para sua implementação, que poderá surgir como autoiniciativa, quando se trata de um processo voluntário com uma finalidade estratégica, mas também como mera conformidade a ditames legais que assim o exigem.

A este respeito, verifica-se que o grau de orientação dos inquiridos para a dimensão em causa pende a favor da autoiniciativa, com uma percentagem de 83,1% de discordância de que a certificação se deva concretizar apenas quando legalmente exigida (afirmação 10).

Quanto ao papel dos profissionais no processo, os inquiridos revelaram estar sensibilizados para a necessidade do envolvimento de todos os colaboradores, numa estratégia organizacional integrada e transversal, refutando na sua maioria (87,1%) a ideia de que os processos neste âmbito digam apenas respeito a um grupo restrito de profissionais “nomeados para tratar do assunto” (afirmação 9).

De facto, este parece ser um ponto fundamental para os colaboradores, os quais expressam convictamente esta posição.

“O que é preciso de facto é que as pessoas estejam envolvidas no projeto e queiram colaborar.”

[Enfermeiro, NC]

“É um processo. Mais longo ou mais curto, depende das pessoas, das pessoas envolvidas, do líder, depende de muita coisa. Eu acho que acima de tudo o fator humano é importantíssimo, e para mim é o fator mais importante. Até podem ter a melhor tecnologia do mundo, se houver más atitudes nos profissionais, a coisa não funciona.”

[TDT, C]

Apesar de um posicionamento favorável nos parâmetros acima endereçados, parte considerável dos inquiridos (21,8%) considera que o mais importante na auditoria é que não se encontrem não-conformidades (afirmação 14), transparecendo uma orientação para a interpretação das auditorias como meros formalismos.

É de ter em conta que tal posicionamento sugere a possibilidade da falta de sensibilização dos profissionais para o carácter contínuo inerente ao processo, no qual a identificação de não conformidades funciona como fator impulsionador da melhoria contínua.

Tabela 8 – A qualidade e certificação enquanto formalismo (%)

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica/ Não responde
B1.1. É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum.	82,3	17,0	0,7	-	-	-
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.	2,4	15,0	15,0	38,1	28,6	1,0
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.	1,0	2,0	8,8	48,3	38,8	1,0
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.	0,7	3,4	11,5	54,6	28,5	1,4
B1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.	4,8	17,0	23,5	43,9	9,2	1,7

4.5.3. Os “custos” da qualidade

Nesta dimensão foram agrupadas as questões que se poderão relacionar de alguma forma com os “custos” da qualidade, quer numa perspetiva económica quer enquanto dispêndio de recursos.

Quanto à perspetiva económica do processo, verificou-se que a generalidade dos profissionais (61%) parece manifestar a sua discordância de que fazer com qualidade seja mais caro (afirmação 8)³⁴.

Por outro lado, são também abordados os custos do ponto de vista do dispêndio de outro tipo de recursos, nomeadamente o tempo e a carga de trabalho necessários para a implementação e manutenção da certificação.

No que se refere ao carácter excessivamente burocrático da certificação (afirmação 2), a orientação dos profissionais afigura-se num sentido positivo revelando uma posição tendencialmente discordante (60,2%) face à questão colocada.

Contudo, esta orientação parece revelar um padrão menos favorável quando colocada em causa a carga de trabalho inerente ao processo de certificação. Foi possível aferir que, do total de inquiridos, 55,6% considera que implementar um sistema de gestão da

³⁴ A este padrão de respostas estão associadas as figuras 5 e 6, onde a questão dos custos se encontra entre as vantagens mais frequentemente referidas pelos inquiridos, mas também entre as desvantagens, sugerindo alguma controvérsia a este respeito.

qualidade implica muito trabalho (afirmação 11), percepção que estará eventualmente relacionada com as exigências documentais e de registo, assim como as várias mudanças que a certificação pode exigir.

“Dá muito trabalho. Precisávamos de mais pessoas para podermos ter as coisas mais organizadas, porque isto implica muitas horas dedicadas a isto... e muitas vezes não temos tempo no dia-a-dia...”

[Diretor de serviço, C]

“Foi complicado porque nenhum de nós fazia ideia em que é que consistia o processo, portanto tudo aquilo... A linguagem parecia-nos um bocadinho estranha, processos e não sei quê, para nós era tudo igual. As questões também nos pareciam um bocadinho exageradas e ainda há algumas coisas, por exemplo, ao nível dos papéis... É os papéis, é os documentos... é um processo complicado.”

[Diretor de serviço, C]

“E portanto, houve imensas reuniões, gastaram-se imensas horas, mas grande parte delas fora da rotina do serviço. E todas sem quaisquer... sem qualquer vencimento. Nem mais um tostão por isso.”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“De resto, de facto ocupa-nos muito tempo. Nós deveríamos ter, e não temos, na nossa carga horária, reservadas horas para podermos ter um acompanhamento tranquilo e permanente... Nem sempre é fácil...”

[Responsável pela qualidade 2, C]

Tabela 9 – Custos da qualidade (%)

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica/ Não responde
B1.2. Qualidade é sinónimo de burocracias e “papelada”.	1,4	20,1	17,0	39,8	20,4	1,4
B1.8. Fazer com qualidade é mais caro.	3,4	14,9	20,3	47,8	13,2	0,3
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.	10,9	44,7	22,2	18,1	3,1	1,0

4.5.4. Visibilidade do trabalho realizado

Uma outra dimensão inerente à qualidade passa pelo seu impacto na visibilidade do trabalho que é realizado na instituição. Isto é particularmente evidente no que respeita à certificação, já que o ato de emissão do certificado de qualidade é por si só um

reconhecimento público da atividade desempenhada pela instituição, e naturalmente, pelos seus profissionais.

Tabela 10 – Visibilidade do trabalho realizado (%)

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica/ Não responde
B1.3. A certificação é importante para o reconhecimento social/político do serviço.	17,2	64,8	12,8	4,5	0,3	0,3
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.	11,9	41,6	16,4	23,9	4,8	1,3

Quando encarada a visibilidade de um ponto de vista mais estrutural, isto é, em termos da promoção da imagem dos serviços no exterior, os resultados evidenciam uma orientação favorável dos atores na medida em que 82% dos inquiridos considera a certificação como uma oportunidade de reconhecimento do serviço (afirmação 3).

Efetivamente, de acordo com Manzo *et al.* (2012), um dos aspetos mais positivos apontados pelos profissionais passa pelo reconhecimento da instituição, desencadeando a valorização e orgulho na mesma e, nesse sentido, uma identidade profissional positiva estimulante à motivação dos colaboradores.

Também no seu discurso em torno da problemática, os vários profissionais enfatizaram o reconhecimento e a imagem externa como uma das principais mais-valias do processo.

Este reconhecimento é visto não só do ponto de vista externo, da promoção da imagem e credibilidade da instituição junto da população, mas também enquanto fonte de reconhecimento dos profissionais, ou seja, como um instrumento para premiar o trabalho desenvolvido pelos mesmos.

Neste sentido, a certificação poderá constituir, por um lado, um recurso através do qual a posição da instituição no campo da saúde é enaltecida, e por outro, numa lógica mais micro, o alinhar pela certificação, poderá significar para alguns profissionais uma estratégia de afirmação na dinâmica organizacional interna (Strauss, 1963; Carapinheiro, 1982; Crozier & Friedberg, 1981).

“Atualmente torna-se absolutamente imprescindível! (...) Nós participamos em trabalhos de colaboração internacional nas várias áreas. E portanto nós enviamos casos e recebemos casos

que depois entram em publicações de grupos internacionais. E se nós não estivermos certificados não somos aceites.”

[Responsável pela qualidade 2, C]

“Eu vejo esta coisa desta auditoria como uma coisa absolutamente natural, não é nada de transcendente, a minha questão é simples, porque não há mais tempo? Acho que é absolutamente fundamental. E eu vejo este hospital como tendo todas as condições para competir com as entidades privadas e portanto todas as armas que melhorem a nossa credibilidade e a nossa imagem junto da população são boas.”

[Médico, NC]

“Agora o facto de dizer assim: “tem a chancela de certificado...” claro que para a imagem do exterior isso é muito importante, dá logo uma certa credibilidade às pessoas que vêm cá que – “olhe estes senhores participam em algo”, estão a ser monitorizados e alguém está a ver se estão a trabalhar com qualidade. Pronto, sem dúvida sob esse ponto de vista, a chancela do ter uma certificação de uma empresa é importante.”

[TDT, C]

“Até porque eu acho que isto da avaliação, de nós termos o retorno da avaliação, construtivo, como é óbvio, também temos o feedback do nosso trabalho, o reconhecimento... Acho que isto da certificação permite o reconhecimento que até agora era difícil, não é? Porque as pessoas não sabiam bem o que é que umas faziam e outras faziam, os resultados... Quer dizer, era tudo um bocadinho no ar o que se dizia. Enquanto que com a certificação está tudo protocolado, está tudo, há números, bons ou maus está lá tudo, não é? Pronto, e isso permite também melhorar, haver uma preocupação para mostrar resultados, melhorar, até a nossa postura não é?(...). É que com a certificação quem trabalha e trabalha bem, vai ter motivos para justificar ou para premiar, não quer dizer que seja em termos financeiros, nem é disso que se trata, mas para serem reconhecidos pelo seu trabalho. E sem certificação isso torna-se mais difícil.”

[Técnico superior, NC]

Associado às questões da visibilidade da atividade desempenhada está um outro fator cujas atitudes apontam para um cenário de perceções mais negativo. Uma fonte de exposição dos profissionais passa efetivamente pela realização de auditorias, as quais são encaradas por 53,5% dos colaboradores inquiridos num sentido pejorativo, isto é, como uma forma de inspeção do seu trabalho (afirmação 4).

Sobre este aspeto caberá referenciar o trabalho de Lord & Littlejohns (1996) que, embora focalizando-se nas auditorias de foro clínico, destaca o carácter ameaçador das mesmas entre os fatores mais negativos da qualidade referidos pelos profissionais de saúde.

Este sentido é igualmente captável através dos discursos de alguns interlocutores que se referem às auditorias como um momento de elevada tensão.

“Em termos de auditorias... Sabemos que estamos sempre muito pressionados.”

[TDT, C]

“Ainda há um certo medo das pessoas que não estão à vontade, pelo medo de falhar. Podem falhar todos os dias, não querem é falhar na altura das auditorias, porque estão a ser observadas e tudo isso. E existe um bocado desse medo, ainda.”

[Assistente técnico, C]

“Porque sempre que há uma auditoria há um stress enorme. Isso faz parte do ser humano, é uma avaliação, mas depois deixando passar aquela fase e depois quando se começa a ver mesmo as medidas corretivas, algumas..., nós na altura não achamos que aquilo tenha... Mas passado um tempo, mais tarde, dizemos – afinal até teve algum sentido!”

[TDT, C]

Ainda relativamente às auditorias, foi possível apurar que estas poderão funcionar como momentos de manifestação da discordância com a implementação deste tipo de projetos por parte dos profissionais que expressam a sua posição pela sua ausência no dia desta avaliação.

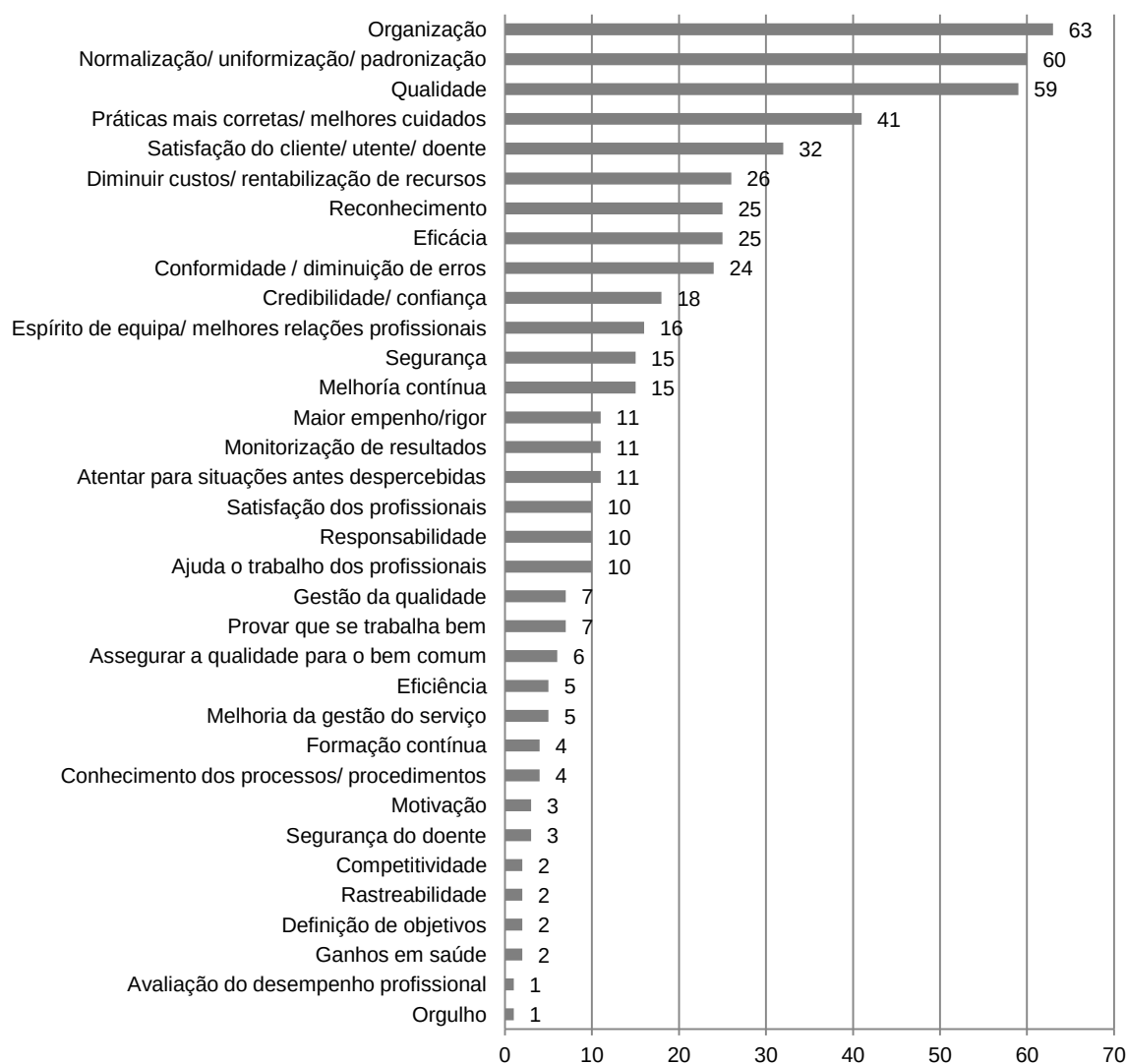
“Sempre que temos auditorias, há por uns, um forte empenho, os que concordam com a qualidade, há por outros, o tentar não estar cá, porque discordam em absoluto da qualidade e acham que as coisas só se fazem para a qualidade.”

[Enfermeiro, C]

4.5.5. Vantagens e desvantagens

Com o intuito de captar as dimensões mais subjetivas inerentes às perceções dos profissionais, foi colocada uma questão de resposta aberta na qual era pedido ao inquirido que identificasse até 3 vantagens e 3 desvantagens da certificação.

Dada a variabilidade das respostas, estas foram organizadas em categorias tendo em conta as expressões mais referidas. As vantagens elencadas pelos inquiridos encontram-se assinaladas na figura 5 que se apresenta na página seguinte.

Figura 5 – Vantagens da certificação (n.º de vezes referida)

Os profissionais parecem priorizar o potencial de organização e de uniformização inerente ao processo de certificação, que por sua vez se reflete na expectativa do aumento da qualidade dos serviços prestados, não deixando contudo de referir os benefícios para os pacientes.

Estes resultados reforçam as posições acima expostas (afirmação 13), que por sua vez são também apontados por outros estudos neste âmbito (Pomey *et al.*, 2004; Manzo *et al.*, 2012; Verstraete *et al.*, 1998; Gough & Reynolds, 2000; El-Jardali *et al.*, 2008).

Também os interlocutores das entrevistas salientam a necessidade de padronização e medição, bem como a construção de fundamentos básicos de atuação.

“Isto é, se me perguntar o que é eu gostaria que estivesse implementado e que não está, é que o doente, o circuito do doente e o doente que fosse admitido no serviço fosse exatamente da mesma maneira, quer fosse aos sábados às quatro da manhã, como à segunda-feira de manhã

ou à terça-feira de tarde. E portanto que existissem standards de qualidade que nos permitissem qualidade/segurança, que estão intimamente ligadas, na nossa opinião, que fossem mínimos para assegurar um atendimento de qualidade e um atendimento seguro a todas as pessoas, independentemente da altura em que eles entram e de onde é que eles vêm.”

[Diretor de serviço, NC]

“Medir! Principalmente medir! As pessoas não estão habituadas a medir. (...) Mesmo aqui no serviço, por exemplo, eu pergunto – ‘Qual é o grau de não respostas dos resultados analíticos que nós damos?’ – não respostas é quando nós damos uma resposta que não é aquela que o clínico quer ter, ou porque não podemos processar a amostra - As pessoas não têm noção nenhuma. Aparecem números completamente diferentes. Têm sensações, não é? E por isso, quando nós começamos a medir, criamos um objetivo, começamos a medir esse objetivo e a monitorizá-lo... nós realmente chegamos a conclusões: ‘Oh pá! Isto era mesmo assim? Não estávamos nada à espera daquilo’.”

[Responsável pela qualidade, EC]

“Eu sei que as pessoas chegam cá e avaliam pelos processos que nós definimos. Agora podemos estar a definir processos que não são os mais corretos. E por isso, acho que na metodologia da qualidade falta... falta, como nós, quando trabalhamos em enfermagem ou em medicina, há coisas que são os princípios básicos... Para nós, são os fundamentos de enfermagem. Eu acho que na qualidade também tinha que haver alguns fundamentos. Fundamentos esses que deviam ser dados para toda a gente trabalhar naquilo. Depois podíamos ter alguma coisa específica definida para cada serviço, mas tínhamos que ter um tronco comum muito forte que fosse igual.”

[Enfermeiro, C]

A diminuição de custos/ rentabilização de recursos são fatores apontados por parte significativa dos profissionais como uma consequência positiva da gestão da qualidade. O destaque atribuído a esta dimensão poderá residir igualmente na conjuntura nacional de redução da despesa, que teve particular enfoque no setor da saúde e que terá sensibilizado fortemente os profissionais para esta preocupação, os quais terão reconhecido na certificação uma forma de maior organização do trabalho hospitalar e, nesse sentido, maior racionalização dos custos, reduzindo o desperdício.

Corroborando os resultados acima descritos, os profissionais reforçam aqui a importância do reconhecimento decorrente do processo, referindo também a eficácia e a redução de erros como vantagens da certificação.

Será ainda de salientar o enfoque na credibilidade/ confiança que a qualidade pode proporcionar aos pacientes, aspeto não só salientado entre as vantagens no inquérito como também nas vozes dos interlocutores, nomeadamente nos trechos que abaixo se apresentam.

“Se nós pensarmos no serviço digamos assim como uma empresa, que oferece serviços, há duas coisas que nós precisamos de ter como qualquer empresa que são a base do nosso negócio. A primeira é a sustentabilidade financeira que conseguimos assegurar para nós. Se nos virmos como uma ilha dentro da instituição nós geramos sustentabilidade financeira, não só para nós como para mais áreas da instituição. E a segunda é a confiança dos clientes. Portanto as empresas precisam de duas coisas: sustentabilidade financeira e confiança dos clientes, em nossa opinião. E essa confiança dos clientes deriva de várias coisas: deriva sobretudo de as pessoas terem confiança porque é seguro, portanto a segurança é central, é fulcral no meio disto tudo. Ahh... porque oferece serviços de qualidade, isto é, nós podemos mostrar a qualidade daquilo que fazemos, com resultados com baixa incidência de incidentes, de coisas imprevistas, se quiser, e em terceiro lugar é a qualidade das instalações.”

[Diretor de serviço, NC]

“Nós, não é pelo facto de termos um código da estrada a funcionar que eu ando a menos de 120 km/h na auto-estrada, não é pelo facto de haver um código da estrada a dizer que eu nas localidades tenho que andar a 50 ou a 20 ou não sei quê... Portanto isto tudo é uma questão de educação. Nós aqui no hospital, e sobretudo o nosso serviço de (...), com a cirurgia que se faz, não nos podemos dar ao luxo de andar a mais de 120 nas nossas auto-estradas, de queimar vermelhos, porque isso implica com a segurança dos doentes.”

[Diretor de serviço, NC]

É interessante verificar que entre as várias dimensões referidas, os colaboradores analisados parecem focalizar-se muito mais numa lógica interna, ou seja, do ponto de vista dos impactos da certificação no desempenho e organização do serviço e dos seus profissionais, sendo em número superior os fatores elencados nesta ótica, do que numa perspetiva externa, não situando de forma tão frequente as vantagens na perspetiva do paciente.

No caso das desvantagens, assinaladas na figura 6, assume lugar de destaque a “burocracia” à semelhança do que apontam os profissionais analisados noutros estudos como o de Pomey *et al.* (2004), Manzo *et al.* (2012), Verstraete *et al.* (1998), Gough & Reynolds (2000) e El-Jardali *et al.* (2008).

Por outro lado, verificou-se que o segundo fator mais referido como desvantagem da certificação foi o aumento de custos, o que contrasta com a 6.^a vantagem mais referida que aponta precisamente para a diminuição de custos, mas também com o padrão de respostas à afirmação 8 anteriormente discutido.

De facto, se por um lado a certificação pode ser vista enquanto potencial de redução de custos por efeito da melhor organização das práticas, esta poderá ser interpretada também como fonte de despesa em termos dos custos associados à concessão do certificado pelas entidades acreditadas (realização de auditorias externas e atribuição do certificado).

Uma outra desvantagem frequentemente referida tem a ver com o tempo necessário para a implementação e manutenção do sistema de gestão da qualidade.

Observa-se assim que entre as desvantagens estão sobretudo aspetos que retratam a certificação como um processo externo às atividades diárias desempenhadas pelos colaboradores, ou seja, como algo não inerente à sua rotina profissional, o que contribui para as perceções acima retratadas que concebem a certificação como uma sobrecarga.

Figura 6 – Desvantagens da certificação (n.º de vezes referida)



Nota:

(*) Quando não trabalham da mesma forma.

4.5.6. Implicações e desafios

A reflexão desenvolvida pelos profissionais sugere que a implementação da qualidade comporta um conjunto de desafios para os quais é necessário atentar.

Por um lado, os colaboradores apelam à necessidade de adequação das instalações físicas, sugerindo que a remodelação das instalações poderá desencadear uma postura mais focada na qualidade entre os profissionais.

“ (...) é um desafio arquitetónico, porque este Hospital não está dimensionado para... Para a qualidade, digamos assim. O meu serviço não está dimensionado para a qualidade, ou melhor, meio serviço está muito virado para a qualidade porque apetece trabalhar. Quer dizer, isto é, como os cadernos novos, todos nós quando temos o caderno novo em Janeiro, quando começa o ano, pomos aquilo tudo tão arranjadinho, não sei quê, temos vontade que aquela coisa esteja bem. Se nós continuarmos com o mesmo caderno velho que já está riscado, e tal, e não sei quê, foi apagado e raauaah... A vontade de qualidade não é tanta”

[Diretor de serviço, NC]

No entanto, na ótica dos colaboradores, a falta de recursos, decorrente da conjuntura económico-financeira vigente, coloca entraves, não só a investimentos deste tipo, como à prestação de cuidados de saúde em geral.

“A qualidade está muito dependente... Eu não sei se vai continuar a melhorar ao ritmo que aconteceu até aqui. Eu sou absolutamente a favor de uma correta administração de recursos mas ao mesmo tempo tenho receio do que possa acontecer em termos técnicos com a limitação orçamental. Necessariamente este hospital vai ser afetado, como todos os hospitais do país, não é?”

[Médico, NC]

“Há muito que fazer, mas os cortes orçamentais não permitem evolução normal do trabalho. Os últimos tempos têm mostrado prioridade em poupar e a qualidade é esquecida, começando pelo Ministério da Saúde e o Governo.”

[Médico, EC]

Um outro desafio que parece colocar-se prende-se na dificuldade de enraizar a qualidade nos comportamentos, o que exige a socialização dos profissionais para a qualidade, estimulando práticas mais focadas nesse sentido.

“Acho que é muito importante pôr as pessoas na qualidade e a qualidade nas pessoas. Pode-se ensinar as pessoas a entrar na qualidade mas a qualidade entrar nas pessoas, é complicado.”

[Assistente técnico, C]

“O que eu espero, (...) é que se consigam educar as gerações que nós estamos a educar para que daqui a pouco tempo, desejo eu, a qualidade seja encarada como uma coisa tão urgente e tão necessária como a qualidade técnica, se quiser, e que a educação seja criada nesta área e

que isso seja uma coisa de todos os dias como fazem, eu tenho sempre um fraquinho pela aviação, é a minha paixão, como os pilotos de aviões fazem neste momento. Não passa pela cabeça de ninguém dizer – Vamos fazer check-list? Não hoje não me apetece! E a nós passa, ainda! Portanto, vai demorar um bocadinho mas a nossa missão é tentar estimular as pessoas para que isso aconteça.”

[Diretor de serviço, NC]

A respeito da importância da qualidade nos comportamentos salienta-se porém o seu caráter intangível e de difícil mensurabilidade.

“Há todo um conjunto de comportamentos que estão inerentes. E quando se trabalha em saúde são muito estes comportamentos que depois vão levar à qualidade na saúde. Eu acho que muito da qualidade na saúde está nos comportamentos. (...) E essa parte da qualidade eu acho que ela nunca pode ser mensurável. Podemos definir o que é que seria ótimo, mas medir, medir, medir... É um bocado, se calhar, mais difícil.”

[Enfermeiro, C]

Finalmente, constatou-se pelos discursos proferidos o apelo à maior flexibilidade e criatividade nos processos de gestão da qualidade já que, por força da padronização, o potencial de inovação é, na ótica dos profissionais, posto em causa.

“Eu leio as coisas que vão sendo fornecidas e há uma palavra que eu gostava de ver mais vezes citada que é a criatividade dos funcionários. Um serviço com certificado de qualidade pressupõe-se que a pessoa tem que fazer aquilo que está normalizado mas também devia puxar-se um bocadinho as pessoas para soltar a sua criatividade. Acho que isso devia ser mais focado nos relatórios, nas normas... Apelar à criatividade das pessoas para melhorar... Ser criativo e apresentar ideias e tudo isso.”

[Assistente técnico, C]

“Outra coisa que eu acho é que a qualidade por si só também pode tirar a inovação, o que surge de novo, o que surge espontaneamente, porque se a gente está muito confrontado com a qualidade, com determinados parâmetros da qualidade e que a gente vai ter de atingir, se calhar, tudo o que é de novo, tudo o que pode surgir como uma ideia diferente, um fazer de outra maneira não se faz, porque a gente tem que ter aquele procedimento, porque ele está na qualidade e a gente tem que cumprir... Uma não conformidade é algo que não se quer. Portanto, eu vejo a qualidade muito bem para determinadas áreas, mas também acho que ela deve sempre deixar algum espaço para esta inovação... Porque senão, acho que não vamos evoluir e eu acho que em saúde temos muito para evoluir.”

[Enfermeiro, C]

4.6. Envolvimento no processo de gestão da qualidade

4.6.1. Relação com o SGQ: conhecimento e participação

Analizadas as percepções dos profissionais neste âmbito, interessava aprofundar as suas práticas, quer do ponto de vista do grau de conhecimento do sistema de gestão da qualidade implementado nos serviços certificados/ em certificação, assim como das modalidades de participação no mesmo.

Dos vários pontos elencados foi possível identificar três dimensões, dois grupos de fatores e uma dimensão com um indicador isolado, recorrendo a uma análise de componentes principais³⁵. As três dimensões identificadas explicam cerca de 72% da variação dos dados.

A fiabilidade da agregação dos indicadores em dimensões foi analisada, sendo que os valores do *Alfa* de *Cronbach* obtidos foram os seguintes³⁶: $\alpha=0,84$ para o grupo de indicadores da dimensão “conhecimento dos elementos estratégicos para a qualidade” e $\alpha=0,83$ para a dimensão “participação e envolvimento na qualidade do serviço”.

Tabela 11 – Dimensões da relação com o sistema de gestão da qualidade (score fatorial)

Indicadores (afirmações do inquérito)	Conhecimento elementar	Conhecimento de elementos estratégicos	Participação e envolvimento na qualidade do serviço
C1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação.	0,87	-	-
C1.2. Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito.	-	0,68	-
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço.	-	0,87	-
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço.	-	0,83	-
C1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço.	-	0,72	-
C1.9. Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço.	-	0,67	-
C1.6. Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço.	-	-	0,85
C1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução.	-	-	0,89

³⁵ O valor mínimo de variância explicada nos indicadores individuais foi de 0,57 variando até 0,82.

³⁶ Para dimensão “conhecimento elementar”, não foi medida a fiabilidade da agregação, valor do *Alfa* de *Cronbach*, visto tratar-se de um indicador isolado. A sua identificação vale, porém, para sustentar o padrão geral.

C1.8. Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções.	-	-	0,80
C1.10. Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias.	-	-	0,62

Partindo do pressuposto de que o nível elementar aceitável nos serviços já certificados/ em certificação seria o conhecimento da participação do serviço num processo deste tipo, foi apresentada uma primeira afirmação, em tom introdutório, com o intuito de avaliar este nível básico de conhecimento.

Na sua maioria, os colaboradores indicaram estar informados de que o serviço a que pertencem é certificado ou está num processo de certificação. Porém, apesar de em percentagem pouco expressiva, detetou-se a existência de um conjunto de colaboradores que revelou alguma incerteza no que respeita a este indicador. Do total de profissionais pertencentes a serviços inseridos num processo de certificação, 11% revela um conhecimento entre o nível 2 e 3.

Estes dados apontam para eventuais lacunas na integração dos profissionais no sistema de gestão da qualidade, o que requer particular atenção na medida em que, se os profissionais não tiverem conhecimento do sistema que os abrange, independentemente da posição ocupada e do papel profissional desempenhado, os *outcomes* pretendidos ao nível da qualidade poderão estar comprometidos.

Tabela 12 – Conhecimento elementar do SGQ (%)

Afirmações	0	1	2	3	4	5	NA
C1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação.	-	-	2,9	8,1	18,4	69,1	1,5

Considerando que para uma maximização do potencial dos resultados da qualidade, é crucial que os colaboradores conheçam elementos como os procedimentos aplicáveis à sua atividade, a política da qualidade, os objetivos para a qualidade, o manual da qualidade e os resultados das auditorias, foram apurados os graus de aplicabilidade das afirmações apresentadas na tabela 13 aos inquiridos como indicadores deste conhecimento.

Para todas as afirmações foi possível constatar valores tendencialmente positivos, todavia, existem algumas especificidades que deverão ser tidas em consideração.

Embora haja uma proporção significativa de profissionais que afirma convictamente ter conhecimento dos procedimentos aplicáveis, a percentagem de indivíduos cujo nível de

conhecimento dos procedimentos é mais baixa (entre 0 e 3) corresponde a 22,1% (dos quais 5% revela estar entre o nível 0 e 1).

Igualmente relevantes são os valores relativos ao grau de conhecimento da política da qualidade e dos objetivos definidos, em que a proporção de casos que se situa entre 0 e 3 é de 37,4% e 41,4% respetivamente.

Já o conhecimento do manual da qualidade, documento que compila a informação fundamental para a gestão da qualidade do serviço, registou uma percentagem de 15,7% de profissionais que selecionou um nível entre 0 e 1 e 41% entre 2 e 3.

Por sua vez, o grau de conhecimento dos resultados das auditorias entre os profissionais de serviços já certificados registou valores mais positivos, evidenciando porém uma percentagem de 16% de profissionais que revela menor grau de aplicabilidade nesta afirmação.

No plano da qualidade, em que o envolvimento e a abrangência de todos no sistema é um requisito fundamental, estes resultados não devem passar despercebidos. Por detrás deste padrão de resposta poderá estar subjacente o facto de estes profissionais não terem estado envolvidos no processo de implementação do sistema, desencadeando o menor interesse relativamente ao mesmo e por isso um maior desconhecimento dos seus elementos.

De acordo com Bastos & Saraiva (2010), a falta de envolvimento na construção de elementos estratégicos, como os objetivos, identifica-se como um entrave ao sucesso da gestão da qualidade, sendo que os profissionais que não participam na definição dos mesmos tendem a revelar maior resistência ao seu cumprimento.

Tabela 13 – Conhecimento dos elementos estratégicos para a qualidade (%)

Afirmações	0	1	2	3	4	5	NA
C1.2. Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito.	2,1	2,9	5,0	12,1	25,7	50,7	1,4
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço.	6,5	4,3	7,9	18,7	33,1	27,3	2,2
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço.	7,1	4,3	10,0	20,0	31,4	25,7	1,4
C1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço.	7,2	8,6	15,1	25,9	18,0	21,6	3,6
C1.9. Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço. (*)	1,3	2,7	4,0	8,0	32,0	52,0	-

(*) Não avaliado no Serviço de Patologia Clínica (ainda em certificação).

Se por um lado o conhecimento dos elementos acima indicados revela um número significativo de indivíduos que se situa nos níveis mais baixos, a participação e envolvimento

dos colaboradores na qualidade do serviço transparecem, na generalidade dos indicadores, um cenário mais favorável, com percentagens relevantes entre os níveis 4 e 5 (tabela 14).

Tabela 14 – Participação e envolvimento na qualidade do serviço (%)

Afirmações	0	1	2	3	4	5	NA
C1.6. Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço.	1,4	2,9	6,5	12,3	30,4	42,0	4,3
C1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução.	2,2	0,7	4,3	22,3	31,7	36,0	2,9
C1.8. Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções.	0,7	1,4	5,0	10,8	36,7	41,7	3,6
C1.10. Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias. (*)	1,3	2,6	5,3	13,2	28,9	43,4	5,3

(*) Não avaliado no Serviço de Patologia Clínica (ainda em certificação).

4.6.2. Interesse e motivação

Do ponto de vista do interesse e motivação entre os serviços já certificados ou integrados num processo de certificação (tabela 15 apresentada a seguir), verifica-se que a proporção dos níveis mais baixos diminui do momento anterior à implementação, para o momento posterior, sugerindo que com o desenvolvimento e estabilização do sistema de gestão da qualidade implementado, a atitude dos profissionais tende a revelar-se mais positiva.

Já no que concerne aos relatos dos entrevistados constata-se, por um lado, um maior entusiasmo na fase inicial da implementação do projeto, que depois tende a estabilizar e, por outro lado, o relato de uma resistência inicial que dá lugar a uma perceção mais positiva, à medida que o sistema é consolidado.

“No início houve um entusiasmo tremendo, em que as pessoas quiseram todas colaborar, fizeram os procedimentos, etc. Depois houve alguns que abandonaram quando foi preciso reformular procedimentos. Mas na grande maioria eu acho que isto não está com aquele 100% inicial, em que havia um euforia enorme de – vamos certificar, vamos fazer procedimentos, etc. Mas estou convencido que se eu tivesse que dar uma percentagem em relação ao envolvimento atual da organização toda estaria nos 90%, o que eu acho muitíssimo bom, porque há organizações em que eu sei que depois, para manter, apareceram 10% ou 15%, ou seja, os 10% é do gestor da qualidade porque de resto a organização não quer saber minimamente dele.”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“Sim, no início, achamos que era uma coisa mais ou menos fácil. Depois é que nos apercebemos como é que ia ser. Acho que as pessoas reagiram um bocadinho, porque dá muito trabalho, porque vamos perder muito tempo... Depois à medida que o sistema foi

estando implementado, começaram as coisas a correr normalmente e acho que as pessoas agora, de uma maneira geral, a leitura que fazem da certificação é bastante positiva. Houve ali uma fase que era muitos papéis e muito trabalho, mas também já passamos a fase pior.”

[Diretor de serviço, C]

Quanto à percepção das mudanças decorrentes do processo certificação, os posicionamentos mostram-se divergentes, embora a maioria dos inquiridos (56,4%) admita a ocorrência dessas mudanças a um nível tendencialmente elevado (entre 3 e 4).

Verificamos ainda que, em relação ao envolvimento na qualidade, o nível intermédio (3) corresponde a uma proporção de 33,1%, evidenciando a necessidade de melhorias a esse respeito no sentido de otimizar o processo em curso.

O mesmo sentido pode ser interpretado pela apreciação feita ao sistema de gestão da qualidade implementado, em que se constata um valor significativo de profissionais que fazem a sua avaliação de forma mais negativa (46% entre 0 e 3).

Contudo, no global, os profissionais revelam estar predispostos a aderir a iniciativas ligadas à qualidade (C2.4.), não se tendo registado valores muito expressivos entre os níveis de posicionamento mais baixos.

Tabela 15 – Atitude face à qualidade e certificação – serviços certificados/ em certificação (%)

Questões	0	1	2	3	4	5	NA
C2.1. Como classifica o seu <u>atual</u> nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação?	2,2	3,6	4,3	26,6	47,5	15,8	-
C2.2. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação <u>antes</u> da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço?	8,9	8,9	13,3	31,1	28,1	8,1	1,5
C2.3. Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?	13,5	8,3	9,0	30,8	25,6	11,3	1,5
C2.4. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?	0,7	1,5	3,0	20,1	42,5	32,1	-
C2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?	3,8	3,0	6,8	33,1	38,3	15,0	-
C2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão de qualidade implementado neste serviço?	6,8	3,8	8,3	27,1	39,8	14,3	-

Quanto aos serviços não certificados (tabela 16), constata-se que o interesse e motivação face à qualidade são mais elevados, comparativamente ao mesmo indicador para os serviços já certificados, no momento antecedente à implementação do sistema.

A tal constatação poderá estar subjacente o facto de, no contexto atual, a certificação ter ganho cada vez mais peso no setor da saúde, bem como o facto de alguns serviços do hospital em estudo se terem vindo a certificar, disseminando o interesse por esse tipo de projetos, o que num momento anterior não acontecia.

No entanto, a predisposição para aderir às iniciativas no âmbito da qualidade apresenta-se ligeiramente mais baixa entre os não certificados, sugerindo um cenário mais favorável quando já envolvidos num processo de certificação, tal como sugerido por Al-Qahtani *et al.* (2012).

Tabela 16 – Atitude face à qualidade e à certificação - não certificados (%)

Questões	0	1	2	3	4	5	NA
D1.1. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação?	9,2	3,1	6,9	27,5	41,2	12,2	-
D1.2. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?	3,9	5,4	3,1	27,1	39,5	20,9	-

Cabe referir ainda que quando questionados sobre a possibilidade de certificação, 78,6% dos colaboradores referiu que gostaria que o seu serviço fosse certificado, apesar de 19,4% ter selecionado a resposta “Não sabe/ Não responde”.

Por fim, para uma sintetização das perspetivas dos profissionais, solicitou-se aos mesmos que indicassem o seu balanço global relativamente à qualidade e à certificação, distinguindo as duas noções (tabela 17). Os padrões de resposta verificados assumem contornos semelhantes para uma e outra, apresentando-se tendencialmente positivos.

Tabela 17 – Apreciação global (%)

Questões	0	1	2	3	4	5	NA
E1. Balanço global que faz relativamente à qualidade.	2,5	1,8	2,9	28,7	43,7	20,4	-
E2. Balanço global que faz relativamente à certificação.	2,5	3,6	4,0	31,2	41,7	17,0	-

4.6.3. Estímulo ao envolvimento dos profissionais

Os profissionais consideram que a comunicação está no cerne da promoção do envolvimento e participação ativa de todos na gestão da qualidade. Para que o interesse e a adesão ao processo decorram de forma fluída é necessário que todos os profissionais se sintam, a todo o momento, como parte integrante do projeto, sendo para tal necessária uma constante atualização dos pontos de situação, para que os colaboradores se vejam

integrados e, nesse sentido, motivados para a estratégia de elevação da qualidade dos serviços.

Tal como sugerem Quintino & Saraiva (2010, p. 66), «a gestão dos sistemas comunicacionais nas organizações hospitalares deve ser encarada como uma ‘arma’ profícua a dinamizar, utilizar e rentabilizar».

Salienta-se, por outro lado, a necessidade de auscultar os colaboradores, antes mesmo de iniciar o processo, no sentido de corresponder às expectativas e identificar fatores críticos de intervenção.

“Anteriormente, se calhar, a uma comissão pertenciam os médicos e os técnicos e o resto da equipa ficava um bocado de fora. O que acabava por acontecer é que não havia comunicação. A comunicação faz muita falta. Se conseguirmos, em cada grupo de equipa, ter alguém a pertencer à comissão acabamos por conseguir transmitir muito mais informação.”

[Assistente Operacional, C]

“É assim, se a equipa estiver motivada, se conseguirmos transmitir todos os objetivos que temos, se conseguirmos fazer que haja uma comunicação, e não uma comunicação, digamos, muito formal, que cada setor consiga transmitir às pessoas de uma forma mais... Mais corriqueira as coisas, acabam as pessoas por se sentir mais localizadas e informadas. E as pessoas sentindo-se assim, também acabam por estar mais à vontade, tanto para trabalhar na comissão, como para trabalhar em função do serviço.”

[Assistente Operacional, C]

“E, neste caso do meu serviço, qualquer alteração é quase in loco transmitido. Isso é a base para o sucesso da qualidade de um serviço. É a informação que se dá a quem lá trabalha.”

[Assistente Técnico, C]

“Nós neste momento também temos uma direção de serviço que tem por política e que, na minha ótica muito bem, quando sai os relatórios de auditoria passar via e-mail para toda a gente, em que toda a gente tem conhecimento de como é que estão as coisas. Acho que isso é fundamental, essa informação é fundamental para envolver as pessoas. As pessoas têm que estar informadas do que é que se passa de bem e de menos bem, para tentarem evoluir todos juntos. Porque se não, se tentarmos tapar o sol com a peneira, não é uma boa solução. Não é de facto. E portanto estar toda a gente envolvida é – ‘está bem, ótimo, parabéns’. O que está menos bem, embora possam haver algumas reações: – ‘pois mas eu fiz o melhor que podia!’ – É normal que isso aconteça mas, por parte dos responsáveis, temos que tentar perceber que ninguém está aqui a atirar pedras, estamos a tentar perceber se nós juntos conseguimos melhorar isso. E também a ouvir sugestões, e essas coisas todas, e a tentar melhorar.”

[TDT, C]

“A ideia que eu tenho neste momento, é que é muito importante envolver as pessoas e dizer isto está bem, isto está menos bem, e vamos melhorar e como podemos melhorar e se calhar tomar um rumo e depois fazer um espírito crítico. Não naquela de muda agora e muda depois... Não, não é isso. É ter espírito crítico, é estar sempre atento e perceber se está mesmo bem.

Não se acomodar... E envolver as pessoas o máximo possível e ouvir as opiniões. E acredito que se recolhe opiniões muito boas.”

[TDT, C]

“Primeiro eu acho que se têm que ouvir o maior número de pessoas possível. Pronto. Até para corresponder às expectativas das pessoas. Eu acho que as pessoas precisam de ser ouvidas, não é?”

[Técnico Superior, NC]

“Eu acho que se deve ir informando as pessoas das coisas, porque se se ouve uma vez ou até nem se ouve e depois é tudo segredo, até ao dia em que aparece a certificação, não faz sentido.”

[Técnico Superior, NC]

“Uma mais-valia é fazer reuniões de divulgação e em cada etapa informar as pessoas o que é que, quais foram os passos que foram dados, quais foram as dificuldades, até porque eu acho que as pessoas se vão envolvendo...”

[Técnico Superior, NC]

Inclusivamente, de acordo com os responsáveis pela qualidade de serviços já certificados, de modo a atender a esta necessidade, foi necessária uma reorganização da dinâmica interna do serviço para que se abrissem canais de comunicação e o envolvimento pudesse ser estimulado.

“Portanto, tivemos que estruturar o nosso serviço quase em quatro serviços mais pequeninos. E a partir daí criamos os códigos dos procedimentos, estruturamos os procedimentos, dissemos aos responsáveis por cada um desses setores que tinha de fazer procedimentos e reunir com a equipa dos seus setores para realmente toda a gente estar envolvida na certificação e na acreditação dos ensaios e na qualidade. E a partir daí foi fazer reuniões fora de horas, levar o trabalho para casa, porque, com a rotina que já tínhamos, normal, não era possível fazer a certificação. E portanto, teve que haver uma liderança bastante forte, motivadora, essencialmente, que levou a dizer às pessoas – ‘Isto vale a pena! Vamos avançar com isto e vamos certificar o serviço!’ – E isto conseguiu-se, graças a essa força dinamizadora, caso contrário... Não...”

[Responsável pela qualidade 1, C]

“E nós reunimo-nos. Na altura quem ficou com essa tarefa de coordenar essa sessão fui eu e eu reuni ali na sala de reuniões todos os profissionais. Alguns deles nunca se tinham sentado naquela sala. E parecendo que não, de facto eles terem sido considerados pares nessas situações tornou-os muito mais participativos e a compreenderem que de facto se as pessoas disserem – ‘olhe, isto aqui está mal, isto aqui escorrega, já caí três vezes neste sítio e tal’ – podem contribuir para que as coisas não se repitam, e eu acho que é um bocado este espírito.”

[Responsável pela qualidade 2, C]

De referir porém que, fortemente associado a este estímulo, está o compromisso da instituição e das hierarquias na implementação da qualidade hospitalar.

“Para mim a qualidade tem que vir no sentido de cima para baixo. Se a qualidade estiver lá em cima depois é derramada até cá abaixo.”

[Assistente Técnico, C]

“Isto é, não adianta nada que o serviço ou alguém dentro do serviço queira investir na qualidade, ou seja no que for, que não seja uma prioridade da instituição. E portanto a instituição é que nos tem que, não digo só estimular, também tem que estimular, mas tem que estimular e acompanhar muito de perto, porque senão perde-se... E dar reforço positivo às coisas que a gente conseguir fazer porque senão perde-se a vontade. Isto dá trabalho, implica trabalho, em pessoas que são mal pagas, em pessoas que têm excesso de trabalho e a gente está-lhes a pedir um bocadinho mais! E a compensação de facto, é fazer as coisas bem feitas. E isto tem que ser estimulado pela instituição, não chega a gente dizer – ‘Opah vamos fazer bem as coisas...’ – Toda a gente quer fazer! Agora, o estímulo para fazer mais um bocado, para fazer muito bem sempre, necessita de ser criado e se não puder ser financeiro, tem que ser outro. Tem que ser o feedback positivo, o estímulo positivo... Dizer assim – ‘Opah vocês estão a fazer tão bem, vamos fazer mais um bocadinho mais e tal, e não sei quê, e vamos conseguir, e depois temos um diploma na parede’, uma coisa qualquer. Portanto a instituição tem que estar muito envolvida.”

[Diretor de serviço, NC]

“Porque quando alguma coisa corre mal, e em vários sítios mas aqui também é, é fácil apontar a quem operou. Operou mal, esqueceu-se da compressa, é muito fácil o indivíduo, mas atrás do indivíduo está uma equipa, e atrás de uma equipa está a instituição e a organização que permitiu que ele deixasse lá ficar uma compressa. Porque os mecanismos da instituição deviam evitar que eu lá deixasse ficar uma compressa!”

[Diretor de serviço, NC]

Particularmente num momento em que a situação económico-financeira do país levou à tomada de medidas que desagradaram a um vasto conjunto de profissionais, o apelo ao esforço adicional necessário para o sucesso da implementação deste tipo de medidas revela-se ainda mais dificultado. Nesse sentido, os profissionais sugerem que seja dado *feedback* de forma mais frequente, para que a motivação seja disseminada e se possam atingir melhores resultados.

“É assim, nós estamos numa fase em que as pessoas no geral estão desmotivadas porque o país está em crise. Os profissionais são mal pagos, são mal remunerados. A nível salarial é importante, mas às vezes existem alguns aspetos que podem aumentar a motivação dos profissionais, algum reconhecimento... Por exemplo se se esforça, receber um feedback positivo vai fazer querer continuar. Quando às vezes esse feedback é vazio, e não existe, e associado a isso, todo o stress que as pessoas trazem neste momento, com risco de ser despedidos, temos pessoas cada vez mais mal remuneradas. Tiraram-nos os subsídios, pensam tirar-nos o subsídio também de turno. Percebe? Tudo isso são fatores externos que influenciam.”

[Enfermeiro, NC]

“Se os profissionais estivessem motivados, se estivessem a ser bem remunerados, e se recebessem um feedback favorável sempre que tentavam melhorar, certamente que as

“pessoas iam estar envolvidas em muitos mais projetos. Agora envolvermo-nos em projetos e continuarmos e não ser reconhecidos... percebe?”

[Enfermeiro, NC]

“ (...) eles acreditarem que essa qualidade vai de facto de melhorar. Serem de alguma forma reconhecidos pelo esforço que fazem, o que não acontece muitas vezes, portanto terem algum feedback desse aumento de qualidade. Porque se querem que as pessoas melhorem o seu trabalho e a performance laboral, tem que haver alguma compensação. Não tem que ser financeira, muitas vezes não é isso que está em questão, mas terem algum feedback e algum reconhecimento público, que nem sempre acontece.”

[Médico, C]

“Portanto, o que eu acho fundamental para as pessoas se envolverem e colaborarem na auditoria ao seu trabalho, devem ser estimuladas e devem ter o feedback positivo do que estão a fazer bem. Quando mudarem, saberem que isso trouxe consequências e, muitas vezes, nós não temos essa ideia.”

[Médico, C]

4.7. Fatores influentes nas representações sociais da qualidade e certificação

Descrito o padrão geral das representações dos profissionais, cabe analisar a influência de um conjunto de fatores sobre essas mesmas percepções, identificando traços de diferenciação entre grupos.

Para este efeito foram realizados testes não paramétricos de significância estatística, com referência a um nível de significância de 0.05, recorrendo mais concretamente aos testes U de Mann-Whitney, para comparações entre dois grupos, e Kruskal-Wallis, para comparações entre três ou mais grupos.

Todos os indicadores foram submetidos a esta análise apresentando-se apenas aqueles em que as diferenças foram consideradas estatisticamente relevantes. O sentido das diferenças pode ser analisado através dos valores das médias, apresentados nas tabelas que se seguem³⁷.

4.7.1. Idade e género como fatores de diferenciação

Tendo em conta os fatores sócio-demográficos, foi possível identificar o modo como o fator “idade” se encontra subjacente a distinções entre grupos.

³⁷ Os valores das médias deverão ser lidos tendo em conta que 5 é o valor máximo, isto é, o valor que reflete uma orientação mais positiva para a qualidade naquele indicador.

Relativamente à percepção económica da qualidade ($\chi^2=13,8$; $df=4$; $P=0,008$) constata-se que é entre os mais velhos (>60 anos) que a opinião “fazer com qualidade é mais caro” revela uma atitude mais favorável à qualidade.

Tabela 18 – Diferenças entre grupos etários

Afirmação/ Intervalos etários (anos)	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.8. Fazer com qualidade é mais caro.			
20 – 30	70	3,23	1,07
31 – 40	99	3,73	0,98
41 – 50	75	3,61	0,99
51 – 60	41	3,39	0,92
> 60	10	3,80	1,32

Considerando o impacto da variável género, verificamos que a percepção do grau das mudanças operadas pela implementação do SGQ é apontada com maior expressividade entre o género masculino ($Z=-2,09$; $P=0,036$).

Nos serviços não certificados, foi possível constatar que a predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade se apresenta diferenciada ($Z=-2,96$; $P=0,039$), revelando-se ligeiramente superior no caso do género feminino.

Tabela 19 – Diferenças entre grupos de género

Afirmação/ Género	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
C2.3. Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou? (*)			
Masculino	35	3,29	1,70
Feminino	98	3,22	1,51
D1.2. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade? (**)			
Masculino	36	2,71	1,38
Feminino	90	3,71	1,16

(*) Questão colocada a profissionais de serviços certificados/ em certificação.

(**) Questão aplicável apenas a serviços sem qualquer intervenção de certificação.

Tendo em conta a forte concentração de profissionais nos escalões de qualificações mais elevados, não foi possível obter resultados com significado que permitissem tecer considerações sobre o efeito das habilitações literárias nas percepções dos sujeitos.

4.7.2. O impacto do background profissional

O trabalho de Alkhenizan & Shaw (2012), assim como a análise de Duclos *et al.* (2008), sugerem que entre as diferentes categorias profissionais do setor da saúde têm sido observadas diferentes perspetivas face à qualidade e aos processos de certificação. Dos

resultados apurados no nosso estudo foi também detetada a influência da categoria profissional na variação das respostas.

Tabela 20 – Diferenças entre categorias profissionais

Afirmação/ Categoria profissional	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.			
Médico	71	2,42	0,97
Enfermeiro	95	2,73	1,12
TDT	55	2,95	1,21
Técnico superior	20	3,20	1,32
Assistente técnico	32	2,69	1,31
Assistente operacional	20	2,40	1,35
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.			
Médico	72	3,69	1,06
Enfermeiro	95	3,14	1,06
TDT	55	3,25	1,17
Técnico superior	19	3,42	1,12
Assistente técnico	32	3,38	1,26
Assistente operacional	19	3,58	1,22
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.			
Médico	71	4,13	0,77
Enfermeiro	95	4,03	0,81
TDT	55	4,33	0,67
Técnico superior	20	4,20	1,11
Assistente técnico	32	4,06	0,84
Assistente operacional	21	3,81	0,75
B1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.			
Médico	72	3,49	1,05
Enfermeiro	95	3,33	0,94
TDT	54	3,46	1,02
Técnico superior	20	3,70	1,08
Assistente técnico	32	3,50	1,30
Assistente operacional	21	2,67	1,40
B1.15. A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.			
Médico	71	3,83	0,65
Enfermeiro	93	3,47	0,87
TDT	55	3,29	1,01
Técnico superior	20	3,50	1,05
Assistente técnico	31	3,87	0,92
Assistente operacional	21	3,85	0,96
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.			
Médico	71	3,68	0,84
Enfermeiro	91	3,62	0,79
TDT	54	3,94	0,86
Técnico superior	20	3,90	0,72
Assistente técnico	30	4,00	0,83
Assistente operacional	20	4,05	0,76
C2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão de qualidade implementado neste serviço?(*)			
Médico	41	3,66	1,26

Enfermeiro	7	3,29	0,76
TDT	50	3,00	1,23
Técnico superior	9	3,67	1,50
Assistente técnico	17	3,18	1,81
Assistente operacional	9	3,56	0,73
D1.1. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação? (**)			
Médico	24	3,38	1,47
Enfermeiro	81	3,15	1,31
TDT	-	-	-
Técnico superior	8	4,50	0,54
Assistente técnico	8	3,75	0,71
Assistente operacional	3	2,40	1,78
D1.2. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade? (**)			
Médico	24	3,33	1,58
Enfermeiro	79	3,44	1,63
TDT	-	-	-
Técnico superior	8	4,75	0,46
Assistente técnico	8	3,88	0,84
Assistente operacional	31	3,80	1,14
E1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade.			
Médico	68	3,79	1,14
Enfermeiro	90	3,54	0,97
TDT	54	3,80	0,85
Técnico superior	20	4,20	0,77
Assistente técnico	29	3,72	1,19
Assistente operacional	18	3,33	1,33
E2. Aprecie o balanço global que faz relativamente à certificação.			
Médico	68	3,62	1,22
Enfermeiro	89	3,35	1,02
TDT	53	3,75	0,73
Técnico superior	19	3,89	0,94
Assistente técnico	29	3,69	1,31
Assistente operacional	18	3,39	1,42

(*) Questão colocada a profissionais de serviços certificados/ em certificação.

(**) Questão aplicável apenas a serviços sem qualquer intervenção de certificação.

Analisando as diferenças entre categorias profissionais, observa-se uma orientação mais desfavorável em relação à qualidade por parte dos assistentes operacionais os quais parecem percecionar as auditorias num sentido pejorativo, como forma de inspecionar o seu trabalho ($\chi^2=13,1$; $df=5$; $P=0,022$), embora esta exposição seja também sensível aos olhos dos médicos.

Apesar de em nenhum dos estudos analisados se referir a perspetiva dos assistentes operacionais a este respeito, em relação aos médicos, poderá apontar-se o facto de, segundo Shekelle (2002), os clínicos tenderem a perspetivar este tipo de processos como formas de culpabilização dos mesmos, na eventualidade de ocorrência de falhas.

São no entanto os médicos os que mais tendem a acreditar no efeito benéfico da certificação na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes, por oposição aos enfermeiros que se realçam pela negativa quanto a esta questão ($\chi^2=11,2$; $df=5$; $P=0,048$).

Também no que concerne à obrigatoriedade legal como única razão para adotar um projeto de certificação se pode identificar uma posição mais negativa entre os assistentes operacionais ($\chi^2=11,7$; $df=5$; $P=0,039$), assim como na resposta à afirmação “o mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade” ($\chi^2=12,9$; $df=5$; $P=0,025$). Estes resultados revelam, de algum modo, as lacunas na sensibilização para a importância da qualidade, em particular para o carácter processual e contínuo da mesma, em que a identificação de não-conformidades pode funcionar como motor de melhorias.

Considerando a promoção do espírito de equipa e de colaboração entre colegas, é interessante verificar como a discordância com este potencial se revela particularmente evidente entre os TDT ($\chi^2=16,1$; $df=5$; $P=0,007$). Esta informação tem particular interesse pelo facto dos TDT analisados neste estudo serem sobretudo pertencentes a serviços certificados ou em certificação, demonstrando que este potencial parece não ter sido ainda desenvolvido entre estes profissionais.

Contrariamente à tendência anteriormente descrita, no que se refere aos resultados da implementação de um SGQ ($\chi^2=12,8$; $df=5$; $P=0,025$), os assistentes operacionais, assim como os assistentes técnicos, destacam-se como os que demonstram um posicionamento mais positivo face à certificação.

Relativamente à apreciação global do SGQ implementado nos serviços certificados, serão de destacar os TDT pelos piores níveis de avaliação, por oposição aos técnicos superiores e aos médicos cujas médias apontam uma avaliação mais favorável ($\chi^2=11,1$; $df=5$; $P=0,049$).

Entre os não certificados, foi no grupo profissional dos assistentes operacionais que se verificaram níveis de menor motivação. Em contrapartida, os técnicos superiores parecem mais interessados e motivados para este tipo de medidas ($\chi^2=14,9$; $df=4$; $P=0,05$).

São também os técnicos superiores os que revelam maior predisposição para a aderir a iniciativas ligadas à qualidade ($\chi^2=13,2$; $df=4$; $P=0,01$). Já entre os médicos esta predisposição parece não se verificar tão favoravelmente, postura traduz a tendência de atuação individual entre o pessoal médico, dentro do seu microssistema profissional, que se reflete numa desvinculação às estratégias e projetos da organização (Reinertsen *et al.*, 2007; Stoelwinder, 2004; Mintzberg, 1979).

Quanto ao balanço global que os profissionais fazem em relação à qualidade ($\chi^2=11,58$; $df=5$; $P=0,041$) e à certificação ($\chi^2=11,5$; $df=5$; $P=0,042$) foram também

encontradas diferenças com significância estatística, evidenciando novamente um cenário mais favorável entre os técnicos superiores, diferenciando-se dos assistentes operacionais, no primeiro caso, que mais uma vez revelam uma orientação desfavorável, e dos enfermeiros no segundo caso.

Este estudo permitiu também detetar padrões de diferenciação na atitude face à qualidade tendo em conta o exercício ou não de funções de chefia, tendo-se constatado que, de uma forma generalizada, existe uma perceção mais favorável para os profissionais com cargos de chefia nas respostas às questões em que foram detetadas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21 – Diferenças entre profissionais com e sem cargos de chefia

Afirmção/ Cargo de chefia	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.			
Com cargo de chefia	43	4,58	0,69
Sem cargo de chefia	247	4,19	0,80
C1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação. (*)			
Com cargo de chefia	28	4,89	0,32
Sem cargo de chefia	106	4,50	0,85
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço. (*)			
Com cargo de chefia	28	4,00	1,44
Sem cargo de chefia	109	3,47	1,46
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço. (*)			
Com cargo de chefia	28	4,00	1,41
Sem cargo de chefia	110	3,33	1,48
C1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço. (*)			
Com cargo de chefia	28	3,79	1,52
Sem cargo de chefia	109	3,01	1,57
C1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução. (*)			
Com cargo de chefia	28	4,36	0,83
Sem cargo de chefia	109	3,90	1,19
C1.9. Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço. (*)			
Com cargo de chefia	20	4,75	0,44
Sem cargo de chefia	55	4,04	1,20
C2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço? (*)			
Com cargo de chefia	26	3,85	1,05
Sem cargo de chefia	106	3,34	1,16
C2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão de qualidade implementado neste serviço? (*)			
Com cargo de chefia	26	3,77	1,03
Sem cargo de chefia	105	3,19	1,35
E1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade.			
Com cargo de chefia	42	4,02	0,90
Sem cargo de chefia	234	3,65	1,10

(*) Questão aplicada apenas nos serviços certificados/ em certificação.

Em relação ao caráter restrito da qualidade, averiguado através da afirmação “a qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto”, é possível constatar a existência de diferenças nas respostas dos profissionais ($Z = -3,06$; $P = 0,002$), revelando que, aqueles que exercem funções de chefia parecem estar um pouco mais sensibilizados para a importância do envolvimento de todos os colaboradores.

Será relevante destacar ainda que, entre os serviços certificados ou em certificação, o conhecimento dos elementos do SGQ e a participação no processo são substancialmente mais positivos quando se tratam de profissionais com cargos de chefia.

Este padrão de diferenciação foi identificado para as seguintes questões: “sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação” ($Z = -2,31$; $P = 0,021$), “conheço a política da qualidade do serviço” ($Z = -2,93$; $P = 0,022$), “conheço os objetivos para a qualidade do serviço” ($Z = -2,72$; $P = 0,007$), “conheço o manual da qualidade do serviço” ($Z = -2,58$; $P = 0,01$), “identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução” ($Z = -1,99$; $P = 0,047$) e “conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço” ($Z = -2,62$; $P = 0,009$).

No mesmo sentido dos resultados acima expostos está o grau de envolvimento na qualidade dos serviços certificados/em certificação, em que os profissionais que exercem cargos de chefia indicam níveis superiores ($Z = -2,07$; $P = 0,039$), bem como, em relação à apreciação do SGQ implementado, em que a avaliação dos profissionais de chefia se apresenta mais positiva do que entre os restantes profissionais ($Z = -2,04$; $P = 0,041$).

Por fim, salientar-se-á a avaliação em termos do balanço global que os indivíduos fazem da qualidade, em que as diferenças entre os dois grupos foram também particularmente evidentes ($Z = -2,37$; $P = 0,018$), sendo novamente mais favoráveis por parte dos profissionais com funções de chefia.

Perante os resultados acima descritos é relevante referir que são ainda os colaboradores com cargo de chefia os que registam maior participação na construção do sistema³⁸ (52,4% para 14,3% dos colaboradores sem cargo de chefia), o que poderá estar inerente às diferenças verificadas.

Embora seja expectável que os colaboradores com responsabilidades de direção, chefia ou coordenação sejam, pela natureza das suas funções, mais frequentemente chamados a participar neste tipo de projetos é importante contrariar a tendência de restrição da qualidade a grupos específicos de colaboradores, como sugerem Pomey *et al.* (2004), promovendo uma maior participação de todos os atores envolvidos.

³⁸ Ver caracterização da amostra (p. 63).

Tendo em conta o tempo na profissão, destacam-se os colaboradores menos experientes (até 5 anos de experiência profissional) pela orientação mais positiva face aos indicadores expostos na tabela 22.

Tabela 22 – Diferenças por tempo na profissão

Afirmção/ Tempo na profissão (anos)	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.			
0 – 5	55	4,13	0,94
6 – 10	83	3,86	1,05
11 – 20	79	3,56	1,20
> 20	77	3,70	1,17
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.			
0 – 5	55	3,71	1,05
6 – 10	83	3,08	1,14
11 – 20	77	3,32	1,15
> 20	77	3,48	1,10
C1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação. (*)			
0 – 5	29	4,90	0,31
6 – 10	23	4,26	1,01
11 – 20	41	4,41	0,95
> 20	43	4,70	0,60

(*) Questão aplicada apenas nos serviços certificados/ em certificação.

Quanto às representações da certificação como uma *máscara* da realidade, visíveis na resposta à questão “o sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente”, observa-se que são tendencialmente os colaboradores com menor tempo na profissão os que tendem a refutar mais convictamente o carácter meramente fictício do processo de certificação ($\chi^2=8,3$; $df=2$; $P=0,016$). Por outro lado, é igualmente entre os mais jovens na profissão que a ideia de que “ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente” é mais expressiva ($\chi^2=10,9$; $df=3$; $P=0,012$).

São também estes os profissionais que revelam maior conhecimento que o serviço de pertença tem ou está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado ou está em processo de certificação ($\chi^2=8,2$; $df=2$; $P=0,017$).

Coincidindo com estes dados, verifica-se que é no grupo com 5 ou menos anos de pertença ao hospital que a posição face à afirmação “o sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente” ($\chi^2=8,8$; $df=2$; $P=0,012$) revela uma orientação mais favorável. A consonância verificada terá inerente o facto de grande parte dos profissionais ter iniciado a sua atividade profissional na instituição em análise.

Tabela 23 – Diferenças por tempo no hospital

Afirmação/ Tempo no hospital (anos)	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.			
0 – 5	81	4,00	1,03
6 – 10	78	3,90	0,99
11 – 20	76	3,47	1,24
> 20	59	3,75	1,17

Por sua vez, tendo em conta os anos de pertença ao serviço, o grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade entre os profissionais de serviços não certificados mostrou-se diferenciado ($\chi^2=6,0$; $df=2$; $P=0,049$). Foi entre os colaboradores com 11 a 20 anos de presença ao serviço que esta predisposição se revelou mais elevada registando uma média de 4,20 face aos restantes grupos em que esta predisposição não ultrapassou o valor de 3,61.

Tabela 24 – Diferenças por tempo no serviço

Afirmação/ Tempo no serviço (anos)	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
D1.2. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade? (*)			
0 – 5	62	3,37	1,28
6 – 10	38	3,61	1,29
11 – 20	15	4,20	0,68
> 20	14	3,57	1,22

(*) Questão aplicável apenas a serviços sem qualquer intervenção de certificação.

Os antecedentes dos colaboradores no âmbito da qualidade revelaram igualmente diferenças nas respostas às questões colocadas no inquérito. Um fator particularmente influente passa pela formação que os indivíduos têm ou não na área da qualidade que demonstrou exercer um efeito positivo na atitude dos profissionais face a vários indicadores (tabela 25).

Efetivamente os colaboradores que já tiveram algum tipo de sensibilização para este tipo de processos apresentam uma orientação tendencialmente mais favorável no que respeita ao carácter pejorativo das auditorias, no seu sentido fiscalizador ($Z=-2,77$; $P=0,006$), mas também no que concerne à qualidade num sentido fictício, ou seja, como algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente ($Z=-2,00$; $P=0,046$).

Por outro lado, o efeito benéfico da implementação do SGQ no trabalho dos profissionais é maioritariamente reconhecido pelos sujeitos com conhecimentos na área da qualidade ($Z=-2,58$; $P=0,01$).

Em contrapartida, o padrão de resposta à questão “a qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto” destacou um sentido menos favorável por parte dos que não têm esses conhecimentos ($Z=-3,31$; $P=0,001$). Os profissionais sem formação na área da qualidade mostram-se também mais a favor da implementação da certificação apenas quando legalmente exigido ($Z=-3,21$; $P=0,001$).

Foi possível verificar que a percepção de que “os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários” é mais expressiva quando se tratam de colaboradores com formação neste âmbito ($Z=-2,35$; $P=0,019$).

Finalmente, o nível de conhecimento do SGQ apresentou-se mais positivo entre os que indicaram ter este tipo de formação, em relação ao conhecimento da política da qualidade ($Z=-2,23$; $P=0,021$) e dos objetivos para a qualidade do serviço ($Z=-2,70$; $P=0,007$).

Esta sensibilização prévia para a qualidade parece revelar-se favorável a um maior interesse e motivação entre os profissionais de serviços certificados, quer no momento antecedente à implementação do sistema ($Z=-3,61$; $P<0,05$), quer no momento presente (aquando da aplicação do inquérito) ($Z=-2,25$; $P=0,025$), mas também no grau de envolvimento na qualidade do serviço ($Z=-2,87$; $P=0,004$). Por conseguinte, a apreciação global da qualidade é também mais elevada entre estes profissionais ($Z=-2,75$; $P=0,006$).

Tabela 25 – Diferenças entre profissionais com e sem formação na área da qualidade

Afirmação/ Formação na área da qualidade	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.			
Com formação	33	3,24	1,25
Sem formação	259	2,63	1,14
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.			
Com formação	33	4,12	1,11
Sem formação	260	3,74	1,12
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.			
Com formação	33	4,39	0,61
Sem formação	256	4,03	0,79
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.			
Com formação	33	4,67	0,54
Sem formação	260	4,20	0,81
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.			
Com formação	33	4,48	0,76
Sem formação	261	4,06	0,80
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.			

Com formação	32	4,09	0,73
Sem formação	253	3,74	0,83
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço. (*)			
Com formação	22	3,95	1,81
Sem formação	117	3,51	1,38
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço. (*)			
Com formação	22	4,05	1,65
Sem formação	118	3,36	1,42
C2.1. Como classifica o seu <u>atual</u> nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação? (*)			
Com formação	22	3,91	1,27
Sem formação	117	3,56	1,01
C2.2. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação <u>antes</u> da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço? (*)			
Com formação	22	3,82	1,01
Sem formação	113	2,73	1,43
C2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade do serviço? (*)			
Com formação	21	4,05	1,07
Sem formação	112	3,33	1,13
E1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade.			
Com formação	32	4,06	1,22
Sem formação	246	3,66	1,01

(*) Questão aplicada apenas nos serviços certificados/ em certificação.

Para além da formação, os indivíduos com experiências anteriores na qualidade mostram-se mais sensibilizados para a necessidade da garantia da qualidade dos serviços de saúde para o bem comum ($Z=-2,16$; $P=0,031$), tendo-se revelado mais interessados e motivados para a qualidade no momento antecedente à implementação do sistema de gestão da qualidade do serviço ($Z=-1,96$; $P=0,05$).

Tabela 26 – Diferenças entre profissionais com e sem experiência na qualidade

Afirmação/ Experiência na qualidade	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.1. É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum.			
Com experiência da qualidade	52	4,92	0,27
Sem experiência da qualidade	200	4,79	0,44
C2.2. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação <u>antes</u> da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço? (*)			
Com experiência da qualidade	36	3,28	1,34
Sem experiência da qualidade	85	2,79	1,39

(*) Questão aplicada apenas nos serviços certificados/ em certificação.

A influência da participação na construção do SGQ nas representações dos profissionais face à problemática em causa constituiu um foco de análise relevante.

Os resultados apurados apontaram um sentido mais favorável para os casos em que houve uma participação do indivíduo no desenvolvimento do sistema, nomeadamente em

relação à percepção das auditorias como “uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais” ($Z=-2,08$; $P=0,038$).

Porém, os profissionais que participaram ativamente no processo que consideraram de forma mais expressiva que implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho ($Z=-3,64$; $P<0,05$), resposta que poderá ter subjacente a sua própria experiência.

Relativamente ao nível de conhecimento do SGQ entre profissionais de serviços já certificados, verificou-se a existência de diferenciações entre os dois grupos. Essas distinções passam pelo nível de conhecimento dos procedimentos ($Z=-4,04$; $P<0,05$), da política da qualidade do serviço ($Z=-3,83$; $P<0,05$), dos objetivos ($Z=-4,33$; $P<0,05$), e do manual da qualidade ($Z=-3,58$; $P<0,05$). Para todos estes elementos, cruciais à integração e envolvimento no SGQ, os profissionais com participação ativa na elaboração do sistema demonstraram níveis de conhecimento mais elevados, refletindo o impacto positivo desta participação.

O envolvimento e a participação ativa na dinâmica inerente ao sistema são mais favoráveis entre os profissionais que elaboraram o SGQ, sendo sobretudo estes os colaboradores que partilham a sua experiência e os seus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço ($Z=-3,17$; $P=0,002$), identificam problemas e apresentam propostas de resolução ($Z=-2,98$; $P=0,003$) e os que revelam maior conhecimento dos resultados das auditorias realizadas ($Z=-2,23$; $P=0,026$). São ainda estes os colaboradores que de forma mais convicta indicam estar conscientes do seu contributo para a qualidade do serviço ($Z=-2,92$; $P=0,004$).

Decorrente da sua participação na construção do sistema, os profissionais parecem também ter desenvolvido um maior interesse e motivação atual relativamente à qualidade e à certificação ($Z=-2,72$; $P=0,007$), apresentando um grau de envolvimento na qualidade do serviço superior aos restantes profissionais ($Z=-3,61$; $P<0,05$). Neste sentido, fazem uma apreciação mais positiva do SGQ implementado ($Z=-2,28$; $P=0,023$), percecionando de forma mais expressiva as mudanças decorrentes da implementação do sistema no trabalho dos profissionais ($Z=-2,73$; $P=0,006$).

Tabela 27 – Diferenças entre profissionais que participaram e não participaram na construção do SGQ

Afirmção/ Participação na construção do SGQ	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.			
Participou	58	3,00	1,29
Não participou	74	2,53	1,10
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.			
Participou	58	1,93	0,70
Não participou	74	2,58	1,09
C1.2. Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito. (*)			
Participou	55	4,60	0,71
Não participou	70	3,74	1,34
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço. (*)			
Participou	54	4,09	1,25
Não participou	70	3,20	1,47
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço. (*)			
Participou	55	4,09	1,24
Não participou	70	3,09	1,45
C1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço. (*)			
Participou	55	3,71	1,44
Não participou	70	2,76	1,54
C1.6. Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço. (*)			
Participou	55	4,51	0,84
Não participou	69	3,83	1,33
C1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução. (*)			
Participou	55	4,33	1,00
Não participou	69	3,78	1,17
C1.8. Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções. (*)			
Participou	55	4,45	0,75
Não participou	69	4,00	1,31
C1.10. Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias. (*)			
Participou	34	4,35	0,98
Não participou	35	3,91	1,36
C2.1. Como classifica o seu <u>atual</u> nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação? (*)			
Participou	54	3,94	0,81
Não participou	70	3,49	1,03
C2.3. Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou? (*)			
Participou	52	3,33	1,38
Não participou	68	2,66	1,52
C2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço? (*)			
Participou	52	3,88	0,94
Não participou	67	3,19	1,12

(*) Questão aplicada apenas nos serviços certificados/ em certificação.

4.7.2. O efeito dos fatores organizacionais

Em várias dimensões das representações da qualidade e da certificação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o tipo de cuidados prestados e a situação na certificação dos serviços. De uma forma geral, evidencia-se um padrão de orientação mais negativo entre os profissionais de serviços de internamento.

Em relação à certificação enquanto mero formalismo, verifica-se que a perceção de que o sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria, mas que não é aplicado diariamente, é menos favorável nos serviços de internamento ($\chi^2=28,2$; $df=2$; $P<0,05$), sendo também este o conjunto de profissionais que revela menor crença nos benefícios da certificação para o trabalho dos profissionais ($\chi^2=11,0$; $df=2$; $P=0,004$).

Por outro lado, demonstram-se menos sensibilizados para a necessidade do envolvimento dos colaboradores nas atividades relacionadas com a qualidade ($\chi^2=6,3$; $df=2$; $P=0,043$), assim como para a importância da implementação de projetos da qualidade mesmo que não sejam legalmente exigidos ($\chi^2=15,5$; $df=2$; $P<0,05$).

Sendo que dentro do grupo de laboratório se encontram dois serviços já certificados e um em certificação, é possível identificar que são principalmente estes colaboradores que reconhecem a carga de trabalho inerente à implementação de um sistema de gestão da qualidade ($\chi^2=20,4$; $df=2$; $P<0,05$).

Contudo, são estes que reconhecem, de forma mais significativa, que quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes ($\chi^2=12,6$; $df=2$; $P=0,002$), por oposição os profissionais de serviços de internamento.

Apesar de tudo, é nos serviços de internamento que os profissionais acreditam de forma mais expressiva que os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários ($\chi^2=11,3$; $df=2$; $P=0,004$).

Por sua vez, quando comparada a predisposição para aderir a iniciativas da qualidade entre os profissionais de serviços sem qualquer intervenção neste âmbito, os resultados revelam-se ligeiramente mais favoráveis entre os colaboradores de hospital de dia ($\chi^2=4,47$; $df=1$; $P=0,035$).

Destaca-se ainda o grupo dos profissionais de internamento, em relação ao balanço global que fazem da qualidade ($\chi^2=11,4$; $df=2$; $P=0,003$) e da certificação ($\chi^2=19,1$; $df=2$; $P<0,05$), que se revela menos favorável que os dois outros tipos de serviços.

Tabela 28 – Diferenças por tipo de serviço

Afirmção/ Tipo de serviço	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.			
Laboratório	143	4,10	1,07
Hospital de dia	39	3,69	1,20
Internamento	112	3,42	1,04
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.			
Laboratório	142	4,22	0,72
Hospital de dia	39	4,05	0,72
Internamento	109	3,89	0,83
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.			
Laboratório	143	4,29	0,83
Hospital de dia	40	4,37	0,74
Internamento	111	4,14	0,76
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.			
Laboratório	143	4,25	0,76
Hospital de dia	40	4,23	0,77
Internamento	112	3,88	0,83
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.			
Laboratório	142	2,37	1,02
Hospital de dia	40	2,58	1,17
Internamento	111	2,92	1,00
B1.13. Quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.			
Laboratório	142	4,04	0,79
Hospital de dia	40	3,83	0,84
Internamento	112	3,60	0,94
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.			
Laboratório	142	2,12	0,91
Hospital de dia	40	2,32	1,00
Internamento	109	2,48	0,96
D1.2. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade? (*)			
Laboratório	-	-	-
Hospital de dia	30	3,97	0,99
Internamento	99	3,43	1,28
E1. Balanço que faz relativamente à qualidade.			
Laboratório	138	3,86	1,01
Hospital de dia	37	3,84	0,87
Internamento	104	3,45	1,11
E.2. Balanço que faz relativamente á certificação.			
Laboratório	136	3,79	1,04
Hospital de dia	38	3,68	0,93
Internamento	102	3,23	1,13

(*) Questão aplicável apenas a serviços sem qualquer intervenção de certificação.

Finalmente, procedeu-se a uma análise comparativa das respostas dos profissionais tendo em conta a sua pertença a um serviço certificado/em certificação e sem qualquer intervenção neste âmbito.

Tabela 29 – Diferenças por situação na certificação

Afirmação/ Situação na certificação	N.º de indivíduos	Média	Desvio-padrão
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.			
Certificado/ em certificação	149	4,09	1,06
Não certificado	145	3,48	1,09
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.			
Certificado/ em certificação	148	4,20	0,72
Não certificado	142	3,94	0,81
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.			
Certificado/ em certificação	147	3,50	1,14
Não certificado	145	3,24	1,11
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.			
Certificado/ em certificação	149	4,22	0,77
Não certificado	146	3,99	0,82
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.			
Certificado/ em certificação	148	2,34	1,02
Não certificado	145	2,88	1,04
B1.13. Quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.			
Certificado/ em certificação	148	4,01	0,80
Não certificado	146	3,70	0,93
B1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.			
Certificado/ em certificação	148	3,53	1,12
Não certificado	146	3,25	1,03
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.			
Certificado/ em certificação	146	3,90	0,80
Não certificado	140	3,66	0,83
E1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade.			
Certificado/ em certificação	144	3,87	0,984
Não certificado	135	3,53	1,08
E2. Aprecie o balanço global que faz relativamente à certificação.			
Certificado/ em certificação	142	3,79	1,02
Não certificado	134	3,34	1,12

A existência de padrões de diferenciação foi evidenciada tendo em conta a perspetiva da certificação como formalismo, posição tida de forma mais significativa entre os não certificados em relação às seguintes afirmações: “o sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente” ($Z=-5,01$; $P<0,05$), “a certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal” ($Z=-2,68$;

$P=0,007$) e “o mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade” ($Z=-2,64$; $P=0,008$).

São sobretudo os profissionais abrangidos por um processo de certificação que perspetivam o seu impacto positivo na prestação de melhores cuidados ao paciente ($Z=-1,99$; $P=0,047$), mas também no quotidiano profissional, ajudando o trabalho dos profissionais ($Z=-2,72$; $P=0,006$) e tornando os serviços mais organizados e eficazes ($Z=-2,89$; $P=0,004$).

É interessante verificar que são sobretudo os profissionais de serviços certificados ou em certificação que consideram que implementar um SGQ dá muito trabalho ($Z=-4,85$; $P<0,05$) refletindo uma atitude mais negativa face a este tipo de projetos no que concerne a este indicador específico.

Por fim, cabe referir que os profissionais inseridos em processos de certificação acreditam com maior expressividade que os resultados do processo são compensatórios ($Z=-2,55$; $P=0,011$).

Nesta ordem de ideias, a apreciação global da qualidade ($Z=-3,05$; $P=0,002$) e da certificação ($Z=-3,84$; $P<0,05$) demonstram-se diferenciadas entre estes dois grupos, sendo mais favoráveis entre os colaboradores de serviços já com a certificação.

Em síntese, como sugerem Al-Qahtani *et al.* (2012), os atores inseridos num processo de certificação tendem a revelar representações mais positivas face a este tipo de projetos.

5. CONCLUSÃO

Fazendo a ponte entre os eixos teóricos discutidos e os resultados apresentados, podemos concluir que, enquanto processo organizacional, a implementação da qualidade no meio hospitalar é alvo de interpretação por parte dos atores sociais, os quais constroem representações, esquemas interpretativos, à luz das quais orientam as suas condutas no que respeita aos projetos da qualidade.

Neste sentido, ao procurar descortinar os significados atribuídos pelos sujeitos a esta realidade organizacional, foi possível tecer um conjunto de considerações sobre a matriz de referência ao comportamento dos indivíduos nos processos da qualidade e da certificação.

Contudo, se por um lado as representações da qualidade dão forma às ações dos profissionais no âmbito da mesma, elas são até certo ponto mediadas pelas suas condições sociais de produção, isto é, pelas propriedades do contexto em que os indivíduos se inserem.

Dependendo da posição ocupada no terreno hospitalar, e decorrente da função desempenhada, isto é, do papel do ator na dinâmica organizacional interna, as modalidades de contacto com os processos da qualidade assumem contornos diferenciados, conduzindo necessariamente a experiências distintas.

É com base nas suas experiências com a qualidade que os atores formulam e armazenam as suas perceções, agindo em conformidade com as mesmas. Assim, os profissionais que partilham uma mesma condição ou experiência social exprimem através das representações o sentido que dão a este tipo de processos.

Ilustrativo disso mesmo é o padrão de diferenciações nas atitudes dos sujeitos face à qualidade, tendo em conta a categoria profissional ou até o exercício de funções de chefia, mas também em relação a outros fatores que revelam experiências distintas com o processo, tais como a formação ou não na área da qualidade, a experiência com outros processos de certificação e o envolvimento na construção do sistema de gestão da qualidade.

Estas experiências são também permeadas pelas características de funcionamento da organização hospitalar, nomeadamente a sua configuração enquanto burocracia profissional (Mintzberg, 1979), à qual está inerente uma dinâmica sócio-organizacional muito

específica, cujas características nem sempre facilitam a adesão dos seus profissionais às estratégias da organização.

Por outro lado, a qualidade está igualmente afeta à natureza negociada dos processos organizacionais do hospital. Assumindo-se que os atores sociais são dotados de liberdade para agir de forma estratégica no ambiente organizacional (Crozier & Friedberg, 1981), perante projetos como a implementação da qualidade, são desencadeadas múltiplas negociações, assentes nas estratégias que os seus atores individuais, ou os diferentes grupos de atores, visam prosseguir.

Com base nas experiências vividas e significados atribuídos às mesmas, os sujeitos formulam posições face à qualidade definindo as suas estratégias de ação nesse âmbito, as quais se refletem no seu envolvimento e adesão ao projeto.

Em síntese, o estudo aqui apresentado permitiu decifrar alguns traços que caracterizam o modo como os profissionais de uma organização hospitalar percecionam os processos da qualidade e agem perante os mesmos, identificando pontos de atuação futura, para a maximização do envolvimento e adesão dos colaboradores às medidas da qualidade, nomeadamente a certificação dos serviços hospitalares.

Entre os principais resultados, serão de destacar os seguintes pontos:

A experiência *King's Fund* que decorreu anteriormente no CHSJ teve efeitos relevantes na forma como os seus profissionais percecionam a qualidade. Por um lado, parece ter sensibilizado os colaboradores para este tipo de preocupações, contudo, devido à sua interrupção após o conjunto de esforços que foram desenvolvidos, poderá ter também contribuído para uma perceção de descontinuidade associada a estes processos, e nesse sentido, um possível desinteresse e desmotivação face a projetos vindouros.

Na verdade, analisando o percurso da qualidade no setor da saúde em Portugal, verificamos que se trata de uma trajetória de descontinuidades, que não tendo pilares sólidos favoráveis ao seu desenvolvimento, não terá sido ainda verdadeiramente incorporada pelos profissionais do setor. Como tal, poder-se-á sugerir a hipótese de que, por esta razão, os colaboradores do CHSJ parecem perspetivar as tarefas a desempenhar no âmbito da qualidade como atividades à parte do seu quotidiano profissional, constituindo na sua ótica uma “sobrecarga”.

Perante estas considerações abrem-se hipóteses para estudos futuros na exploração da forma como as descontinuidades afetam a implementação dos SGQ nas organizações, nomeadamente nas organizações públicas onde a liderança, particularmente ao nível dos decisores, é muito instável.

No entanto, de um modo geral, os profissionais reconhecem o potencial da qualidade para a elevação dos cuidados prestados, nomeadamente por efeito da maior organização e uniformização das práticas, salientando ainda a certificação como uma forma de reconhecimento da instituição e promoção da sua credibilidade junto dos utentes. Este reconhecimento é também percecionado do lado dos próprios colaboradores como uma estratégia para “premiar” o seu trabalho.

Refere-se contudo o perigo da certificação se tornar num mero formalismo, não correspondendo à realidade quotidiana dos serviços hospitalares. Sugere-se por isso a promoção de um compromisso integrado e transversal a toda a organização, fomentando a cultura da qualidade com estratégias vocacionadas para a comunicação interna e o estímulo à participação e envolvimento de todos os colaboradores.

Será de referir também um conjunto de diferenciações que foram evidenciadas no que respeita à atitude dos indivíduos em relação às dimensões analisadas.

É entre os mais velhos que a perceção da qualidade parece apresentar-se mais positiva quanto à dimensão económica do processo. Por outro lado, se os homens parecem mais sensíveis à mudanças desencadeadas, as mulheres parecem mais predispostas a aderir a este tipo de iniciativas.

Entre os fatores de natureza profissional, assumem particular importância as diferenças nas perceções dos diferentes grupos profissionais, destacando-se os assistentes operacionais como a categoria que se refere à qualidade de forma mais negativa. Em contrapartida, os profissionais com funções de chefia revelam-se claramente mais favoráveis em várias dimensões do processo.

Por outro lado, existe um conjunto de variáveis que parece estimular desde logo perspetivas e atitudes mais favoráveis. Nas várias dimensões analisadas, os profissionais com formação específica na área da qualidade e/ou com experiências anteriores neste âmbito demonstraram-se claramente mais favoráveis e predispostos a estes projetos. O mesmo se verifica entre os colaboradores dos serviços certificados/ em certificação que participaram ativamente na construção do sistema de gestão da qualidade.

Efetivamente, este estudo reforça a evidência de que, quando promovida a formação e sensibilização dos profissionais para a qualidade, a adesão a projetos neste âmbito pode revelar-se mais favorável potenciando melhores resultados.

Foi possível constatar ainda que, de um modo geral, quando abrangidos por um sistema de gestão da qualidade, os profissionais tendem a desenvolver uma atitude mais favorável à qualidade otimizando os *outcomes*.

Em síntese, do conhecimento resultante deste estudo apontar-se-ão as seguintes propostas de intervenção:

- Revelando-se particularmente negativos face a este tipo de processos, os assistentes operacionais devem ser alvo de um olhar mais atento neste âmbito, já que constituem elementos-chave na atividade hospitalar.

De facto, são estes os colaboradores que, entre outras tarefas, efetuam a limpeza das instalações (estando em grande parte nas suas mãos a prevenção de infeções hospitalares), asseguram o transporte de elementos importantes aos cuidados (prescrições, amostras, equipamento médico, entre outros), mas também os que contactam muito frequentemente com os utentes.

No entanto, são provavelmente estes os profissionais que executam as tarefas menos gratificantes do ponto de vista do reconhecimento e contacto com o público hospitalar, os que desenvolvem as tarefas mais rotineiras e os profissionais com menor remuneração.

Tal cenário não favorece a adesão à qualidade, o que pode ter impactos negativos a longo prazo. Porém, o discurso do assistente operacional entrevistado neste estudo mostra que é possível estimular o interesse e o envolvimento destes profissionais na qualidade, diminuindo os riscos e potenciando melhores resultados pela adoção de práticas mais corretas.

É fundamental que estes colaboradores sejam sensibilizados para a verdadeira essência da qualidade e para as finalidades da certificação, incorporando-as nas suas práticas diárias. Propõe-se, por isso, a integração destes profissionais nas equipas de gestão da qualidade, desenvolvendo o interesse e envolvimento na mesma, assim como a realização frequente de ações de formação vocacionadas para os mesmos.

- Verificada a influência dos condicionalismos do contexto de pertença, considera-se fundamental a realização de um diagnóstico da dinâmica sócio-organizacional dos serviços antecedente à implementação de sistemas de gestão da qualidade nos mesmos. Na medida em que constituem a pedra angular da organização, é imperativo conhecer os profissionais e as suas perspetivas e expectativas.

O ponto de partida primordial deverá passar, assim, pelo conhecimento claro do contexto onde se pretende ver desencadeado o envolvimento, sendo que a implementação da gestão da qualidade implica um trabalho prévio de reconhecimento da cultura e comportamentos dos profissionais.

- Tendo-se demonstrado o efeito benéfico da participação na construção do SGQ na atitude subsequente dos profissionais face ao mesmo, será importante ressaltar a

necessidade de abranger o maior número possível de colaboradores nestes projetos, estimulando a criação de equipas de trabalho multidisciplinares e a atribuição de responsabilidades.

- Incrementar a qualidade implica a promoção do desenvolvimento organizacional criando espaços que estimulem a inovação e criatividade. O diálogo interno deve ser promovido pela abertura de instrumentos de comunicação que fomentem o trabalho em equipa e a disseminação dos projetos organizacionais da qualidade pelos vários agentes, nomeadamente através das novas tecnologias de informação e comunicação, usando, por exemplo, plataformas *online* para a exposição de propostas e ideias, partilha de experiências e esclarecimento/ discussão de questões.
- A formação e a aprendizagem organizacional constituem elementos cruciais no processo de implementação de sistemas de gestão da qualidade. Sugere-se a realização de ações de formação vocacionadas para os diferentes papéis profissionais e serviços do hospital, as quais deverão constituir uma ferramenta de sensibilização para a qualidade, para que esta seja incorporada nas práticas dos profissionais.
- Sendo uma prioridade do setor da saúde e das instituições de prestação de cuidados, a qualidade deverá constituir uma ferramenta elementar na prática profissional dos colaboradores, pelo que deverá encorajar-se a inclusão desta área de formação nos planos curriculares do ensino dos profissionais de saúde, contribuindo para uma socialização profissional mais focalizada nas preocupações com a qualidade.

Perante o leque de evidência que comprova o contributo determinante da gestão da qualidade para a elevação dos resultados em saúde, nomeadamente como forma de controlo do risco na prestação de cuidados, é do interesse público assegurar que a qualidade dos serviços de saúde é elevada ao melhor nível.

No entanto, a melhoria contínua dos níveis de qualidade está fortemente dependente da forma como os prestadores de cuidados a valorizam e aplicam na sua atividade. É, por isso fundamental que os profissionais de saúde vejam a qualidade como uma prioridade, adotando os sistemas da qualidade vigentes como fontes de orientação para a sua prática quotidiana.

Para que o potencial da qualidade no setor da saúde seja experienciado, o investimento deve focalizar-se no tecido organizacional, nos elementos que compõem a sua malha, que pela sua ação fazem da organização aquilo que ela é e aspira ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarelo, L. *et al.* (1997) - *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva. ISBN: 9789726625544.
- Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2012) – The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of Family and Community Medicine*. Vol. 19, N.º 2, pp. 74-80.
- Almeida, J.F. *et al.* (1994) – *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN: 9789726741374.
- Al-Qahtani, M. *et al.* (2012) – Quality of care in accredited and non accredited hospitals: perceptions of nurses in the Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. Vol. 87, pp. 39-44.
- Andrews L. *et al.* (1997) - An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *The Lancet*. Vol. 349, pp. 309-313.
- Arechaederra, D. *et al.* (2006) – *The influence of EFQM practice on health care workers' perceptions: initial analysis*. [Em linha] [Consult. 15 set 2012] Disponível em: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Comunicaciones/2010/8.pdf>.
- Bastos, C. & Saraiva, M. (2010) – A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO - Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *TMQ Qualidade - Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*. N.º 2. [Em linha] [Consult. 12 jan 2013] Disponível em: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf.
- Bauer, M. *et al.* (2000) - Quantity, quality and knowledge interests: Avoiding Confusions. In Bauer, M. & Gaskell, G. (Eds.) *Qualitative researching with text, image and sound: A Practical Handbook for Social Research*. London: Sage. ISBN: 9780761964803.
- Blumen, S. *et al.* (2010) – Knowledge and Perceptions of Quality Systems Among Vermont Laboratorians. *Public Health Reports*. Vol. 125, Supl. 2, pp. 73-80.
- Boavista, A. *et al.* (2004) – Avaliação do Impacte da Acreditação nos Profissionais de Saúde. *Qualidade em Saúde - IQS*. Vol. 11, pp. 10-14.

- Bourdieu, P. (2002) – *Esboço de uma teoria da prática: precedido de três estudos de etnologia cabila*. Oeiras: Celta Editora. ISBN: 9727741428.
- Bourdieu, P. (2003) – *Questões de Sociologia*. Lisboa: Edições Fim de Século. ISBN: 9789727541973.
- Brasure, M. et al. (1999) – *Quality Oversight: Why Are Rural Hospitals Less Likely To Be JCAHO Accredited?* Working Paper Series. University of Minnesota Rural Health Research Center, Working Paper N.º 30.
- Bugada, Helena (2006) – Os Pilares Fundamentais da Clinical Governance. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. [Em linha] [Consult. 21 jan 2013] Disponível em: <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2011/08/Revista-Portuguesa-de-Gest%C3%A3o-Sa%C3%BAdade-n%C2%BA0.pdf>.
- Carapinheiro, Graça (1982) – *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 9789723603064.
- Castro, P. (2002) – Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. *Análise Social*, Vol. 37 (164), pp. 949-79.
- CHKS (s.d.) – *International accreditation program for healthcare organizations*. 3rd Ed. [Em linha] [Consult. 27 jan 2013] Disponível em: http://www.chks.co.uk/assets/files/International%20standards%20Content%20_2010_.pdf.
- CHSJ (2012) – *Relatório & Contas 2011*. [Em linha] [Consult. 10 out 2012] Disponível em pdf em: <http://www.chsj.pt/files/2/documentos/20120705175952978657.pdf>.
- Coelho, J. (2007) – Qualidade Organizacional em Saúde: para Além da Estratégia. *Questões Sociais Contemporâneas. Actas das VII Jornadas do Departamento de Sociologia*. Universidade de Évora. ISBN: 9789729995965.
- Coutinho, C. P. (2011) – *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN: 9789724051376.
- Crosby, P. (1979) – *Quality is Free: The art of making quality certain*. New York: McGraw-Hill. ISBN: 0070145121.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1981) – *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil. ISBN: 9782020182201.

- Decreto-Lei nº 125/2004. *D.R. I.ª Série*. 127 (31/05/2004) 3408-3411 – Cria o Instituto Português da Acreditação.
- Deming, W.E. (1986) – *Out of the Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study. ISBN: 0911379010.
- DGS – Departamento de Qualidade na Saúde (2009) - *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. [Em linha] [Consult. 21 dez 2012] Disponível em: http://www.mcsp.minsaude.pt/lmg/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf.
- Dhillon B. S. (2003) – Human Reliability and Error in Medical System. *Series on Industrial and System Engineering* Vol. 2. River Edge, NJ: World Scientific Publishing.
- DiMaggio, P. & Powell, W. (1983) – The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. Vol. 48 (2), pp. 147-160.
- Donahue, K. & Ostenberg, P. (2000) – Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, N.º 3, pp. 243-246.
- Duclos, A. et al. (2008) – Health staff perception regarding quality of delivered information to inpatients. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 20, N.º 1, pp. 13-21.
- El-Jardali, F. et al. (2008) – The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 20, N.º 5: pp. 363-371.
- Feigenbaum, A. (1991) – *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill. ISBN: 0070203547.
- Ferreira, J. M. C. et al. (2011) – *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora. ISBN: 9789725922972.
- Fine, G. A. (1984) – Negotiated orders and organizational cultures. *Annual Review of Sociology*. Vol. 10, pp. 239-62.
- François, P. et al. (2003) – Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments. *International Journal for Quality in Healthcare*. Vol. 15, N.º 1, pp. 47-55.

- Gawande A *et al.* (2003) – Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348, pp. 229-235.
- Giddens, A. (1979) – *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. Berkeley/ Los Angeles: University of California Press. ISBN: 9780333272947.
- Gough, L. & Reynolds, T. (2000) – Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. *Clinical Performance and Quality Healthcare*. Vol. 11. N.º 9: pp. 9-14.
- Graça, L. (2000) – *Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica (I Parte). Introdução: O Hospital como um Construído Social*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. [Em linha] [Consult. 23 fev 2013] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos85.html>.
- Guerra, I. C. (2006) – *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncípa Editora. ISBN: 9728818661.
- Health Foundation (2006) – *Briefing: Making Healthcare Safer for Patients*. London: Health Foundation. [Em linha] [Consult. 23 fev 2013] Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/525/Making%20Healthcare%20Safer%20for%20Patients.pdf?realName=CZ1jPC.pdf>.
- Ichinose, R. & Almeida, R. (2001) – Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. *Memorias II Congresso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, La Habana, Cuba*. [Em linha] [Consult. 16 jan 2013] Disponível em: <http://www.memsoebio.sld.cu/arrepdf/00268.pdf>.
- IPQ (2012) – *Certificação*. Website do Instituto Português da Qualidade [Em linha] [Consult. 19 dez 2012] Disponível em: <http://www.ipq.pt/customPage.aspx?modid=1076&pagID=1291>.
- Ishikawa, K. (1985) – *What is Total Quality Control?* Prentice-Hall. ISBN: 0139524339.
- ISO (2012) – *Quality management principles*. [Em linha] [Consult. 17 fev 2013] Disponível em: http://www.iso.org/iso/qmp_2012.pdf.
- JCI (2010) – *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Standards Lists Version*. 4th Edition. Effective January 2011. ISBN: 9781599404349.

- Juran, J. (1974) – *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill. ISBN: 0070331758.
- Kalra, J. (2011) – *Medical Errors and Patient Safety: Strategies to Reduce and Disclose Medical Errors and Improve Patient Safety*. Berlin: De Gruyter. ISBN: 9783110249507.
- Kohn, L. T. et al. (2000) – *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press. ISBN: 9780309261746.
- Kritchevsky, S. & Simmons, B. (1991) – Continuous quality improvement: concepts and applications for physician care. *JAMA*. Vol. 266, pp. 1817-1823.
- Kwan M. R. et al. (2006) – Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery. *Archives of Surgery*. Vol. 141, pp. 353 -358.
- Lopes, A. (2007) – Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um Estudo de Três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro. *Questões Sociais Contemporâneas. Atas das VII Jornadas do Departamento de Sociologia*. Universidade de Évora. ISBN: 9789729995965.
- Lopes, M. (2007) – *A Gestão Da Qualidade No Hospital: Impacto da Acreditação nas Práticas Críticas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar*. Lisboa: ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de Mestrado.
- Lord, J. & Littlejohns, P. (1996) – Impact of Hospital and Community Provider Based Clinical Audit Programmes: Perceptions of Doctors, Nurses and other Health Professionals. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 8, N.º 6, pp. 527-535.
- Manzo, B. et al. (2012) – Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no quotidiano dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 46, N.º 2, pp. 388-394.
- Manzo, B. et. al. (2011) – As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 19, N.º 4, pp. 571-576.
- McKenna, H. et al. (2006) – Quality of Care: A Comparison of Perceptions of Health Professionals in Clinical Areas in the United Kingdom and the United States. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 21, N.º 4, pp. 344-351.
- Melo, M. B. P. (2012) – Contributos para uma análise da tese da “modernidade reflexiva” de Anthony Giddens, a partir da perspetiva de Pierre Bourdieu. *Fórum Sociológico*. [Em

linha] [Consult. 5 jun 2013.] Disponível em: <http://sociologico.revues.org/632> ; DOI :10.4000/sociologico.632.

- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) – Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, Vol. 83 (2), pp. 340-363.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994) – *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2.^a Ed. California: Sage Publications. ISBN: 9780803955400.
- Mintzberg, Henry (1979) – *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Trad. 2.^a Ed. Lisboa: Dom Quixote, Lda. ISBN: 9722011472.
- Misoczky, M. C. A. (2003) – Implicações do Uso das Formulações sobre Campo de Poder e Ação de Bourdieu nos Estudos Organizacionais. *Revista Administração Contemporânea*. Vol. 7 Edição Especial.
- Nord, E. R. (2005) – Understanding Bourdieu's Contribution to Organization and Management Studies. *Academy of Management Review*, Vol. 30 (4), pp. 855-77.
- Oliveira, A. (2004) – Aplicação do modelo EFQM – A experiência basca. *Médico de Família*. N.º 58, p. 64. [Em linha] [Consult. 17 fev 2013] Disponível em: <http://www.vfbm.com/jmf/050-059/058/058-64.pdf>.
- Peci, A. (2003). – Estrutura e ação nas organizações: algumas perspetivas sociológicas. *Revista de Administração de Empresas*, Vol. 43 (1), pp. 24-34.
- Pham J. C. et al. (2012) – Reducing medical errors and adverse events. *The Annual Review of Medicine*. Vol. 63, pp. 447-63.
- Pilgrimienė, Z. & Buciunienė, I. (2008) – Different Perspectives on healthcare quality: Is the Consensus Possible? *Engineering Economics*. Vol. 56, N.º 1, pp. 104-110.
- Pires, R. P. (1988) – A teoria da estruturação de Anthony Giddens. Apresentação e bibliografia. *Sociologia, Problemas e Práticas*. Vol. 4, pp. 231-236.
- Pisco, L. (2001) – Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. *Qualidade em saúde*. N.º 5, pp. 4-6.
- Pomey, M. et al. (2004) – Accreditation as a tool for organizational change. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 17, N.º 3, pp. 113-124.

- Pomey, M. *et al.* (2005) – Paradoxes of French accreditation. *BMJ – Quality and Safety*. Vol. 14, pp. 51-55.
- Pomey, M. *et al.* (2010) – Does accreditation stimulate change? A study on the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*. Vol. 3.1, N.º 5.
- Quintino, P. & Saraiva, M. (2010) – Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS. *TMQ Qualidade - Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*. N.º 1, pp. 65-92.
- Reinertsen, J. L. *et al.* (2007) – *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Salmon, J. *et al.* (2003) – *The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa*. Quality Assurance Project, University Research Co., LLC. - U.S. Agency for International Development (USAID).
- Selznick, P. (1948) – Foundations of the Theory of Organization. *American Sociological Review*, Vol. 13 (1), pp. 25-35.
- Shaw, C. *et al.* (2003) – Editorial: evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol.15. N.º 6. pp. 455-456.
- Shekelle, P. G. (2002) – Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes? *BMJ – Quality and Safety*. Vol. 11, p. 6.
- Smits, P. *et al.* (2008) – Conceptualizing performance in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 20, N.º 1, pp. 47-52.
- Sousa, P. (2010) – Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. *TMQ Qualidade – A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar – Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. N.º 1.
- Stoelwinder, J. (2004) – *A study on doctors' views on how hospital accreditation can assist them provide quality and safe care to costumers*. Melbourne, Australia: Monash University Department of Epidemiology and Preventive Medicine.
- Strauss, A. *et al.* (1963) – The Hospital and Its Negotiated Order. In Friedson, E. – *The Hospital in Modern Society*. New York: The Free Press. ISBN: 9780029106907.

- Takahashi, A. R. W. & Cunha, C. R. (2005) – Teoria da estruturação e esquemas interpretativos: contribuições à análise organizacional. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, Vol. 3 (3), pp. 183-96.
- Uchimura, K. & Bosi, M. (2002) – Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, N.º 6, pp. 1561-1569.
- Verstraete, A. *et al.* (1998) – Attitude of laboratory personnel towards accreditation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 11, N.º 1, pp.27 – 30.
- Vuori, H. (1982) – Quality Assurance of Health Services. *Public Health in Europe*. N.º 16. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.
- Vuori, H. (1999) – Development of Quality Assurance in Health Care. *43rd European Quality Congress Proceedings Book*. Madrid, 9-11 June. pp.61-67.
- Weick, K. (1995) – *Sense Making in Organizations*. California: Sage Publications. ISBN: 978-0803971776.
- WHO (2003) - *Quality and accreditation in health care services- A global review*. [Em linha] [Consult. 20 out 2012] Disponível em pdf em: http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf.

ANEXOS

Anexo 1 – Exemplar do inquérito por questionário

**Qualidade e certificação em saúde:
Representações e posições sociais num terreno hospitalar**

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Este questionário realiza-se no âmbito de um estudo inserido no Mestrado em Sociologia e Saúde da FMUP. Através do mesmo pretende-se recolher informação acerca das representações sociais dos profissionais relativamente às questões da qualidade e certificação. A sua colaboração e sinceridade nas respostas é muito importante. O inquérito é totalmente anónimo e de resposta facultativa e os dados serão usados apenas para fins de investigação.

O questionário demorará cerca de 5 minutos a ser preenchido. Se alguma questão lhe suscitar algum tipo de dificuldade ou não se aplicar ao seu caso, por favor selecione a opção “NÃO SE APLICA/NÃO RESPONDE” evitando deixar respostas em branco.

As questões do grupo C) são dirigidas a profissionais serviços certificados/em certificação e o grupo D) é dirigido a profissionais de serviços que não iniciaram processos de certificação. Muito obrigada!

Por favor preencha o questionário tendo em conta que será lido através de leitura ótica: ☒ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

A) Caracterização do inquirido

A1. Serviço a que pertence/em que está a exercer funções:

A2. Categoria profissional:

- ☐ Médico(a)
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Técnico(a) de Diagnóstico e Terapêutica
- ☐ Técnico(a) Superior
- ☐ Assistente Técnico(a)
- ☐ Assistente Operacional
- ☐ Encarregado(a) Operacional

A3. Há quanto tempo exerce a profissão?

anos /Menos de um ano ☐

A4. Há quanto tempo trabalha neste serviço?

anos /Menos de um ano ☐

A5. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

anos /Menos de um ano ☐

A6. Exerce algum cargo de direção/chefia/coordenação neste serviço?

- ☐ Sim ☐ Não

A7. Formação específica na área da qualidade?

- ☐ Sim ☐ Não

A8. Experiências no âmbito da qualidade (que não a atual caso o seu serviço já seja certificado ou esteja em processo de certificação)?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

A9. Participação na construção do sistema de gestão da qualidade deste serviço?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

A10. Género:

- ☐ Masculino ☐ Feminino

A11. Idade: anos

A12. Habilitações:

- ☐ 1º. Ciclo do ensino básico (4.ºano)
- ☐ 2º. Ciclo do ensino básico (6.º ano)
- ☐ 3º. Ciclo do ensino básico (9.º ano)
- ☐ Ensino secundário (12.º ano ou equivalente)
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

B) Perspetiva e atitude face à qualidade e certificação

B1. Expresse o seu grau de concordância face às seguintes afirmações:	Concordo totalmente	Concordo	concordo nem	Discordo	Discordo totalmente	Não se aplica/ Não responde
B1.1. É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.2. Qualidade é sinónimo de burocracias e “papelada”.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.3. A certificação é importante para o reconhecimento social/político do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.7. Ser certificado significa prestar melhores cuidados ao paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.8. Fazer com qualidade é mais caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.10. A certificação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.12. A certificação da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.13. Quando certificados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.15. A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B2. Enumere 3 vantagens da certificação de qualidade dos serviços de saúde:

1.	☐ A certificação não tem qualquer vantagem
2.	
3.	

B3. Enumere 3 desvantagens da certificação de qualidade dos serviços de saúde:

1.	☐ A certificação não tem qualquer desvantagem
2.	
3.	

C) Relação com o sistema de gestão da qualidade (SERVIÇOS CERTIFICADOS/EM CERTIFICAÇÃO)*(Se o seu serviço/o serviço onde exerce funções não é ou não está a ser certificado, avance para a secção D)*

C1. Classifique o grau de aplicabilidade das afirmações ao seu caso numa escala de 0 a 5 (sendo 0 o nível de nenhuma aplicabilidade e 5 o nível de aplicabilidade mais elevado).	0	1	2	3	4	5	Não responde
C1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é certificado/está em processo de certificação.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.2. Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.3. Conheço a política da qualidade do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.6. Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.8. Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.9. Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C1.10. Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2. Numa escala de 0 a 5, posicione-se face às seguintes questões:**C2.1.** Como classifica o seu atual nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**C2.2.** Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação antes da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**C2.3.** Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**C2.4.** Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**C2.5.** Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**C2.6.** Qual a sua apreciação global do sistema de gestão de qualidade implementado neste serviço?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**D) Adesão à qualidade e certificação (SERVIÇOS NÃO CERTIFICADOS)***(Se o seu serviço/o serviço onde exerce funções é ou está no processo para ser certificado avance para a secção E)***D1.** Numa escala de 0 a 5, posicione-se face às seguintes questões:**D1.1.** Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e certificação?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**D1.2.** Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5**D2. Gostaria que o seu serviço fosse certificado?**☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não responde

E) Balanço Global (PROFISSIONAIS DE TODOS OS SERVIÇOS)

E1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade:

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅
Muito negativo Muito positivo

E2. Aprecie o balanço global que faz relativamente à certificação:

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅
Muito negativo Muito positivo

Comentários/Sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração!

*Para qualquer esclarecimento contacte a responsável pelo estudo:
(E-mail: raquelcadilhep.estudo@gmail.com)*

COLABORAÇÃO

Para além deste questionário, este estudo tem como objetivo a realização de entrevistas/grupos focais de aprofundamento, sendo para tal necessário o contributo de um conjunto de profissionais que estejam interessados em participar.

☐ Estou interessado em ser contactado para realizar uma entrevista/grupo focal no âmbito desta temática.
Contacto: (Telf.) _____ / (E-mail) _____

☐ Não estou interessado em ser contactado para realizar uma entrevista.

Anexo 2 – Guiões de entrevista

Qualidade e certificação em saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar

Guião de Entrevista aos Profissionais (Certificados)

Identificação do interlocutor: _____

Data da entrevista: ____/____/20____

Início da entrevista: ____h ____min/Fim da entrevista: ____h ____min

Local: _____

0.1. Leitura e assinatura do consentimento informado.

0.2. Ler introdução:

Como saberá, esta entrevista insere-se num estudo que estou a realizar neste Hospital para investigar quais as perspetivas e atitudes dos profissionais em relação à qualidade em saúde e aos processos de certificação dos serviços hospitalares. É fundamental no âmbito do mesmo aprofundar as visões dos colaboradores dos serviços em estudo, pelo que desde já agradeço o seu contributo.

1. Como descreve a evolução deste Hospital, enquanto organização, desde que iniciou a sua atividade profissional no mesmo?

2. Em relação ao serviço de _____, como caracterizaria a sua evolução desde que iniciou a sua atividade profissional aqui?

3. De uma forma geral, como perspetiva a importância da qualidade e do seu reconhecimento formal (por certificação ou acreditação) no setor da saúde? Quais as implicações e quais os benefícios?

4. O Hospital tem desenvolvido alguns projetos no âmbito da qualidade, nomeadamente ter sido um dos primeiros hospitais a ter um serviço certificado pela ISO 9001, e o projeto de acreditação da *King's Fund* (HQS). Que apreciação faz destes processos e que perspetivas futuras tem relativamente à qualidade hospitalar do Centro Hospitalar de São João?

5. Na sua ótica, o que significa trabalhar num serviço certificado?

Que vantagens e desvantagens podem ser apontadas? Que impacto tem no quotidiano profissional do serviço?

6. Como descreve a atitude dos colaboradores deste serviço face à gestão da qualidade do mesmo?

7. Até que ponto está envolvido(a) no sistema de gestão da qualidade deste serviço?

8. Na sua opinião, o que é que pode potenciar o envolvimento de todos na qualidade?

Terminaram as perguntas que tinha para lhe colocar.

Gostaria de acrescentar algo sobre este assunto?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Comentários:

Qualidade e certificação em saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar

Guião de Entrevista aos Profissionais (Não Certificados)

Identificação do interlocutor: _____

Data da entrevista: ____/____/20____

Início da entrevista: ____h ____min/Fim da entrevista: ____h ____min

Local: _____

0.1. Leitura e assinatura do consentimento informado.

0.2. Ler introdução:

Como saberá, esta entrevista insere-se num estudo que estou a realizar neste Hospital para investigar quais as perspetivas e atitudes dos profissionais em relação à qualidade em saúde e aos processos de certificação dos serviços hospitalares. É fundamental no âmbito do mesmo aprofundar as visões dos colaboradores dos serviços em estudo, pelo que desde já agradeço o seu contributo.

1. Como descreve a evolução deste Hospital, enquanto organização, desde que iniciou a sua atividade profissional no mesmo?
2. Em relação ao serviço de _____, como caracterizaria a sua evolução desde que iniciou a sua atividade profissional aqui?
3. De uma forma geral, como perspetiva a importância da qualidade e do seu reconhecimento formal (por certificação ou acreditação) no setor da saúde? Quais as implicações e quais os benefícios?
4. O Hospital tem desenvolvido alguns projetos no âmbito da qualidade, nomeadamente ter sido um dos primeiros hospitais a ter um serviço certificado pela ISO 9001, e o projeto de acreditação da *King's Fund* (HQS). Que apreciação faz destes processos e que perspetivas futuras tem relativamente à qualidade hospitalar do Centro Hospitalar de São João?
5. Como perspetiva a possibilidade de implementação de um sistema de gestão da qualidade neste serviço?
6. Que desafios e que oportunidades poderia desencadear a implementação de um sistema de gestão da qualidade neste serviço?

7. Na sua opinião, o que é que pode potenciar o envolvimento de todos na qualidade?

Terminaram as perguntas que tinha para lhe colocar.

Gostaria de acrescentar algo sobre este assunto?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Comentários:

Qualidade e certificação em saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar

Guião de Entrevista aos Diretores de Serviço/Responsáveis pela Qualidade

Serviços Certificados/em Certificação

Identificação do interlocutor: _____

Data da entrevista: ____/____/20____

Início da entrevista: ____h ____min/Fim da entrevista: ____h ____min

Local: _____

0.1. Leitura e assinatura do consentimento informado.

0.2. Ler introdução:

Como saberá, esta entrevista insere-se num estudo que estou a realizar neste Hospital para investigar quais as perspetivas e atitudes dos profissionais em relação à qualidade em saúde e aos processos de certificação dos serviços hospitalares. É fundamental no âmbito do mesmo aprofundar as visões dos diretores e responsáveis dos sistemas de gestão da qualidade dos serviços em estudo, pelo que desde já agradeço o seu contributo.

1. Como descreve a evolução deste Hospital, enquanto organização, desde que iniciou a sua atividade profissional no mesmo?
2. Em relação ao serviço de _____, como caracterizaria a sua evolução desde que iniciou a sua atividade profissional aqui?
3. De uma forma geral, como perspetiva a importância da qualidade e do seu reconhecimento formal (por certificação ou acreditação) no setor da saúde? Quais as implicações e quais os benefícios?
4. O Hospital tem desenvolvido alguns projetos no âmbito da qualidade, nomeadamente ter sido um dos primeiros hospitais a ter um serviço certificado pela ISO 9001, e o projeto de acreditação da *King's Fund* (HQS). Que apreciação faz destes processos e que perspetivas futuras tem relativamente à qualidade hospitalar do Centro Hospitalar de São João?
5. O que conduziu à decisão de implementar um sistema de gestão da qualidade neste serviço?
6. Como caracteriza a atitude dos profissionais deste serviço desde que se iniciou o processo de certificação até aos dias de hoje?

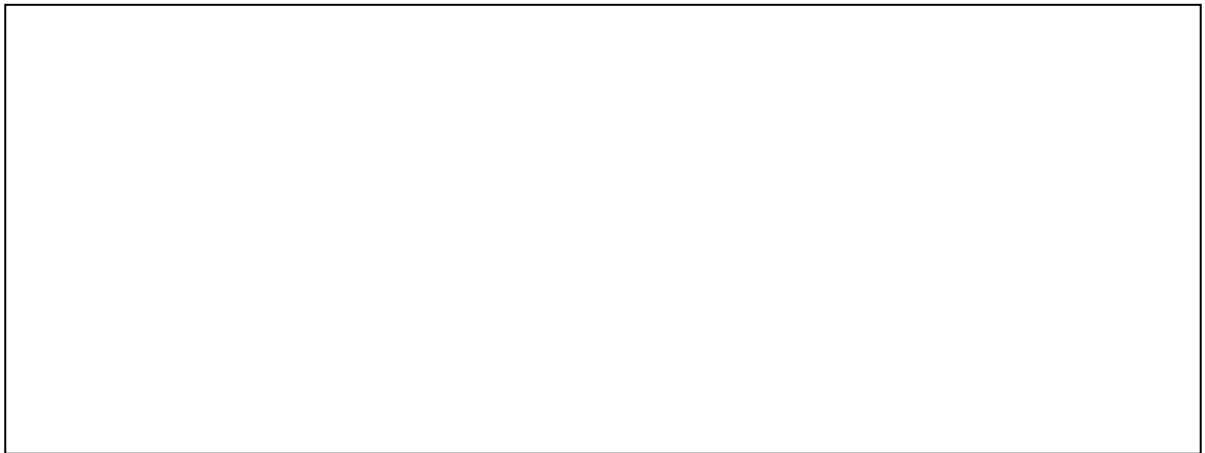
7. Que balanço faz (que perspetiva tem) da implementação do sistema de gestão da qualidade para o desempenho global deste serviço?

Terminaram as perguntas que tinha para lhe colocar.

Gostaria de acrescentar algo sobre este assunto?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Comentários:



Qualidade e certificação em saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar

**Guião de Entrevista aos Diretores de Serviço/Responsáveis pela Qualidade
Serviços não certificados**

Identificação do interlocutor: _____

Data da entrevista: ____/____/20____

Início da entrevista: ____h ____min/Fim da entrevista: ____h ____min

Local: _____

0.1. Leitura e assinatura do consentimento informado.

0.2. Ler introdução:

Como saberá, esta entrevista insere-se num estudo que estou a realizar neste Hospital para investigar quais as perspetivas e atitudes dos profissionais em relação à qualidade em saúde e aos processos de certificação dos serviços hospitalares. É fundamental no âmbito do mesmo aprofundar as visões dos diretores e responsáveis dos sistemas de gestão da qualidade dos serviços em estudo, pelo que desde já agradeço o seu contributo.

1. Como descreve a evolução deste Hospital, enquanto organização, desde que iniciou a sua atividade profissional no mesmo?
2. Em relação ao serviço de _____, como caracterizaria a sua evolução desde que iniciou a sua atividade profissional aqui?
3. De uma forma geral, como perspetiva a importância da qualidade e do seu reconhecimento formal (por certificação ou acreditação) no setor da saúde? Quais as implicações e quais os benefícios?
4. O Hospital tem desenvolvido alguns projetos no âmbito da qualidade, nomeadamente ter sido um dos primeiros hospitais a ter um serviço certificado pela ISO 9001, e o projeto de acreditação da *King's Fund* (HQS). Que apreciação faz destes processos e que perspetivas futuras tem relativamente à qualidade hospitalar do Centro Hospitalar de São João?
5. Como perspetiva a possibilidade de implementação de um sistema de gestão da qualidade neste serviço?

6. *[Se pertinente]* Que desafios e que oportunidades poderia desencadear a implementação de um sistema de gestão da qualidade neste serviço?

Terminaram as perguntas que tinha para lhe colocar.

Gostaria de acrescentar algo sobre este assunto?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Comentários:

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments.

Anexo 3 – Autorização para realização do estudo

A Direcção Clínica
15, 11, 2011

253-12

Jo CA
DL. Lameira
15, 11, 2012

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO DE
PEDIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

21 NOV 2012

Presidente do Conselho de Administração

Delegado Clínico: S. Príncipe Pereira

Delegado Administrativo: S. Príncipe Pereira

Delegado de Saúde: S. Príncipe Pereira

Delegado de Qualidade: S. Príncipe Pereira

Delegado de Segurança: S. Príncipe Pereira

Delegado de Inovação: S. Príncipe Pereira

Delegado de Comunicação: S. Príncipe Pereira

Delegado de Recursos Humanos: S. Príncipe Pereira

Delegado de Finanças: S. Príncipe Pereira

Delegado de Informática: S. Príncipe Pereira

Delegado de Jurídico: S. Príncipe Pereira

Delegado de Marketing: S. Príncipe Pereira

Delegado de Operações: S. Príncipe Pereira

Delegado de Planeamento: S. Príncipe Pereira

Delegado de Projectos: S. Príncipe Pereira

Delegado de Relações Públicas: S. Príncipe Pereira

Delegado de Treino: S. Príncipe Pereira

Delegado de Transportes: S. Príncipe Pereira

Delegado de Turismo: S. Príncipe Pereira

Delegado de Utilidades: S. Príncipe Pereira

Delegado de Vigilância: S. Príncipe Pereira

Delegado de Voluntariado: S. Príncipe Pereira

Delegado de Zoonoses: S. Príncipe Pereira

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Raquel Cadilhe Pereira

Título do projecto de investigação: Pensar e viver a qualidade e a certificação em saúde: um
estudo das representações sociais dos profissionais do Centro Hospitalar de S. João

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Certificação do Centro Hospitalar de S. João –
EPE o estudo/projecto de investigação em epigrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de
Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual
endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 de Outubro de 2012

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Raquel Cadilhe Pereira

Anexo 4 – Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante), _____
_____ compreendi a explicação que me foi fornecida,
por escrito e verbalmente, do estudo que se tenciona realizar, para a qual é pedida a minha
participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e
para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento dos procedimentos desta investigação e sei o que envolve a minha
participação. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou
recusar a qualquer momento, a minha participação no estudo. Sei que se recusar não
haverá qualquer prejuízo para mim.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de
participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste estudo.

Data: ____/____/20____

Assinatura do participante:

Anexo 5 – Grelha de análise das entrevistas

Categoria	Subcategorias	Interlocutor	Transcrição
1. Visão do Hospital	1.1. Dissolução das hierarquias	Assistente operacional, C	<i>“A funcionalidade, as hierarquias, acho que todos esses entraves que existiam anteriormente estão a colocar-se de lado. Estão a trabalhar mais em equipa do que separadamente.”</i>
		Assistente técnico, C	<i>“Eu lembro-me que havia muita autoridade de algumas classes que trabalhavam no hospital para com o público. Havia uma autoridade enorme, havia alguma prepotência para com o utente, agora já há mais respeito.”</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Portanto a diferença é substancial, indiscutivelmente, quer dizer, há uma distribuição maior de responsabilidades por outros elementos que não só o Conselho de Administração mas que drenam tudo o que no fundo são quase como uma fonte do rio que é o Conselho de Administração não é? De maneira que cada um gere, um... Um mini-hospital, no fundo, mas que convergem todos para o hospital.”</i>
		Médico, NC	<i>“Claramente quando eu iniciei a atividade eram os médicos as pessoas mais importantes do hospital e quem tinha todo o protagonismo, e que dirigia todo o hospital e de então para cá passou a ter-se uma chefia e uma gestão mais profissionalizada e a meu ver de uma forma mais correta, entregue a economistas, a gente ligada no fundo á gestão. E nesse aspeto foi uma grande mudança com no meu ver mais aspetos positivos do que negativos. Essa é a principal mudança do hospital. Portanto o médico deixou de ser o centro de tudo. Quando eu cheguei cá o diretor de serviço era o suprasumo, a pessoa que mandava e que estava acima de toda a gente. Quase ninguém na direção do hospital mandava. E agora há uma hierarquia muito melhor definida e de facto funciona como uma empresa e isso nota-se. E isso é uma diferença enorme.”</i>
	1.2. Melhorias verificadas	Médico, NC	<i>“Há sempre coisas que podem ser melhoradas, mas eu acho que o hospital melhorou muito nos últimos anos. Em termos de instalações. Nesta última década houve uma clara melhoria em termos de produtividade, em termos de atenção ao doente e de focalização do centro deste hospital no doente não nos profissionais.”</i>
		Técnico superior, C	<i>“Acho que em termos de procedimento melhorou, em termos de guidelines, de orientações para os profissionais melhorou, se bem que eu acho que houve nos últimos 5 anos demasiado centrado com a</i>

			<i>desculpa da melhoria continua da qualidade foi-se desvalorizando, e se calhar houve uma preocupação menor com a satisfação dos profissionais. E acho que foi um bocadinho contraproducente, estou a falar por mim não é?”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“A perceção que os profissionais têm do que é a segurança para o doente e das... Do tratamento global humano aos doentes... penso que é a grande diferença. Porque em termos de qualidade técnica, claro que tem havido uma evolução brutal da qualidade mas é, acho eu uma consequência da evolução técnica em termos gerais a nível de saúde. E portanto eu acho que a evolução nesse aspeto tem sido num sentido positivo.”</i>
	1.3. Entidade pública com exigências do privado	Diretor de serviço, NC	<i>“Portanto, isto basicamente é um hospital público que se rege por leis da função pública mas que simultaneamente nos pedem critérios de qualidade e de produtividade privados. E portanto há uma discrepância grande que às vezes leva a situações de conflito, conflito de interesses ou... por muito que as pessoas se interessem por isso é difícil às vezes implementar as coisas que estão previstas.”</i>
	1.4. Desenvolvimento da certificação no CHSJ	Assistente operacional, C	<i>“Eu vejo noutros serviços que não têm certificação, não têm nada, fazem de qualquer maneira e não pensam que ao fazer aquilo também estão a prejudicar o utente e eles próprios. Se nós ajudarmos que uma contaminação se manifeste também nos estamos a prejudicar. Por isso é que eu acho que todos os serviços deviam ser certificados. Todos. Devia ser uma coisa obrigatória. Porque sendo obrigatória as pessoas trabalhavam muito melhor. Não faziam as coisas tão... Tão levianas como fazem.”</i> <i>“A maior parte dos espaços do São João agora já estão novos com equipamentos, desde as salas, a equipamentos, a tudo, está tudo novo. Se quando fizeram a transição lhes exigissem a acreditação da qualidade acreditaria que funcionasse muito melhor. Porque foram para uma casa nova com velhos hábitos. E isso é muito mau. Começam a cometer os mesmos erros que cometiam anteriormente. Se têm umas instalações novas, se estão a progredir, se estão a tentar melhorar porque não também exigir também aos serviços o que no fundo não era nada de especial.”</i>
		Médico, C	<i>“Acho que tem que acontecer, mais tarde ou mais cedo tem que acontecer. Acho que vem no seguimento da evolução natural do que tem acontecido neste hospital, no meu serviço. Portanto vejo isso como uma coisa natural. Como eu disse, quando eu entrei eramos nós que nos julgávamos em</i>

			<i>casa própria e neste momento já nos habituamos a ter outros profissionais de outras áreas a apreciarem a performance do hospital e eu vejo isso como absolutamente natural.”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“Eu acho que cada serviço aqui do hospital é um mundinho e as minhas realidades não são iguais às do parceiro ali do lado. E também tenho a noção que apesar de tudo há dois tipos de mundos. Há o mundo clínico e o mundo laboratorial. Que são lógicas completamente diferentes. Penso eu... São lógicas bastante diferentes. Nós aqui somos mais métricos, é mais fácil a gente apanhar as métricas e as coisas repetidas e tal. As clínicas já, dá-me a sensação... Não sei se é tão fácil, não sei se é tão fácil. Implementar a qualidade na clínica. Não sei...”</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Mas, a minha experiência em relação à certificação deste serviço e à padronização de processos, é importante. Acho que se lucra muito, deixa de haver tantos erros, há uma mobilização das pessoas e eu acho que é fundamental, portanto, se nós quisermos partir deste nosso exemplo para o resto do hospital eu acho que era francamente favorável a isso. Acho que só iriam beneficiar.”</i>
2. Projeto King's Fund	2.1. Impacto do processo na instituição	Diretor de serviço, NC	<i>“A certificação pelo King's Fund foi uma coisa importante do meu ponto de vista para o hospital, e implicou mudança de processos e tudo isso. Aquilo que eu acho é que se quiser ensinar, portanto, do meu ponto de vista isto é uma questão de educação, portanto não é uma questão pontual de hoje ser acreditado pelo King's Fund, amanhã ser outra vez acreditado... Isto tem que ser uma coisa de educação...”</i>
		Médico, NC	<i>“Eu faço uma apreciação positiva do projeto da acreditação da King's Fund, não se mudou muita coisa, mas pelo menos algumas coisas mudaram, e pelo menos trouxe a consciência de uma auditoria externa à qualidade dos serviços prestados por nós. E nesse sentido foi uma boa iniciativa e deixou marcas de certeza. A partir daquele momento os profissionais daqui passaram a perceber que há critérios de qualidade que são provavelmente objetivos e que são passíveis de serem avaliados por uma instituição externa, e que não basta dizer que somos bons, é preciso mostrar. E há critérios que são objetivos no fundo, são mensuráveis e neste aspeto acho muito positivo.”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“O King's Fund veio chamar muito a atenção para, primeiro, o bem-estar dos profissionais, quer dizer, não tem nada a ver com a certificação ISO. Ou tem muito pouco a ver a lógica. Não sei se alguma vez funcionou com os dois sistemas. A lógica do King's Fund é o que é a gente deve fazer para que nós</i>

			<i>estejamos bem sentados, para que não haja o risco de a gente cair no meio do laboratório, porque é que a gente não pode estar no laboratório sozinho sem estar mais ninguém no serviço, porque é que não o deve fazer... Funciona muito com o cuidado para com as pessoas e para com os doentes, porque razão é que a gente tem que ter muito cuidado com os doentes porque eles podem cair da cama a baixo. Isto é o King's Fund."</i>
		Responsável pela qualidade, EC	<i>"A acreditação pelo King's Fund é uma... É o que eu chamo um arrumar da casa. Ou seja, o que se tem é muito procedimento administrativo mas fica muito por ai, pelos procedimentos administrativos que são, como eu digo um arrumar de casa, e por isso, temos alguma experiência para agora avançarmos para outro tipo de normas."</i>
	2.2. Descontinuidade dos processos relacionados com a qualidade no hospital	Enfermeiro, C	<i>"Eu acho que se fez muito, ou fez-se alguma coisa. O que se fez foi de uma forma descontinuada, aliás como se faz tudo em Portugal. A gente entra no projeto, abandona o projeto, entra noutro projeto... As coisas não têm continuidade. Eu acho que vale a pena as pessoas continuarem e perceberem o que é fundamental."</i> <i>"Trabalhei no King's Fund fizeram-se as normas todas mas depois aquilo não deu continuidade."</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>"Em relação à acreditação, ao King's Fund, sei que houve uma série de folhas de trabalho, houve um grupo de trabalho que foi formado... Teve algum desenvolvimento... Não me pergunte porque é que parou. Não sei porque aquilo foi desativado, a comissão de acreditação também não sei. Não sei se foi por questões económicas, não faço a mínima ideia."</i>
		TDT, C	<i>"Relativamente ao King's Fund, eu acho que foi fundamental naquela altura e eu lembro-me perfeitamente do envolvimento e da entrega que muitos dos profissionais envolvidos tinham no projeto. Só lamento que depois tenha morrido. (...)Estou convencida que pelo menos serviu para uma coisa: serviu para fazer um levantamento de como realmente o hospital estava e que muita da qualidade que se fez ao doente veio desse levantamento e que algo se fez. Foi pena se ter perdido de facto."</i> <i>"Foram horas, horas e horas... Muito reconfortante quando nós tivemos uma primeira auditoria externa embora muito débil o feedback que se teve foi de que se tinha feito algumas melhorias. Estou</i>

3. Implicações e mais-valias	3.1. Qualidade apenas na 'fachada'		<i>convencida que pelo menos serviu para uma coisa: serviu para fazer um levantamento de como realmente o hospital estava e que muita da qualidade que se fez ao doente veio desse levantamento e que algo se fez. Foi pena se ter perdido de facto."</i>
		Técnico Superior, NC	<i>"E acho que as coisas têm acontecido neste âmbito das certificações, das auditorias e essas coisas, tem sido tudo, a gente depois não sabe o feedback, daquilo que nós fazemos, pedem-nos trabalho mas depois nós não sabemos o que é que aquilo deu."</i>
		Assistente operacional, C	<i>"Não é só a imagem mas o interior da imagem que temos que melhorar. Porque nós podemos pintar uma fachada muito bonita se o interior não for tratado, deteriora-se rapidamente. E é muito isso que nós temos trabalhado, o interior da nossa imagem porque por fora acho que já somos bem reconhecidos."</i>
		Diretor de serviço, NC	<i>"Porque as pessoas não pensam que conseguem qualidade sem investir, também, dinheiro na qualidade. Se for só para pôr ali, como eu passo em vários hospitais, que sei aquilo que se passa lá dentro, e que vejo cartazes cá fora a dizer - Qualidade não sei quantos... Certificado por não sei quê não sei que mais... – é que isso traduz um momento no tempo daquela instituição, e não traduz aquilo que é a vida diária daquela instituição... não vão lá!"</i>
		Enfermeiro, NC	<i>"Lá está, se calhar deverá haver continua supervisão. Não é vamos empenhar-nos que agora vamos ter a comissão da qualidade esta semana, vamos dar uma boa imagem ao hospital. Isto tem quer ser contínuo não é? E mesmo lá está, em termos do número de camas por enfermaria acho que na altura que se passou essa acreditação houve uma melhoria. Eu não se depois se manteve, tipo não haver macas nos corredores. Isso é benéfico não é? Houve vários aspetos em que as pessoas se empenharam para corresponder favoravelmente... Mas depois é preciso manter."</i>
		Técnico superior, NC	<i>"Não é só dizer que se faz e depois na prática fazer só de vez em quando. Que é isso que eu acho que às vezes falha um bocadinho. As pessoas no processo de certificação fazem tudo muito direitinho mas depois vão-se esquecendo de algumas coisas. Pronto a minha perspetiva aqui é que não se esqueçam coisas que são fundamentais, não é? Se é para fazer é para fazer, direito não é?"</i>

	3.2. Apelo às condições físicas	Diretor de serviço, NC	<i>“É um desafio arquitetônico, porque este Hospital não está dimensionado para... Para a qualidade digamos assim. O meu serviço não está dimensionado para a qualidade, ou melhor, meio serviço está muito virado para a qualidade porque apetece trabalhar. Quer dizer, isto é como os cadernos novos, todos nós quando temos o caderno novo em Janeiro quando começa o ano pomos aquilo tudo tão arranjadinho não sei quê, temos vontade que aquela coisa esteja bem, se nós continuarmos com o mesmo caderno velho que já está riscado e tal e não sei quê, foi apagado e raauaah... A vontade de qualidade não é tanta”</i>
	3.3. Ameaças à qualidade	Médico, NC	<i>“A qualidade está muito dependente... Eu não sei se vai continuar a melhorar ao ritmo que aconteceu até aqui. Eu sou absolutamente a favor de uma correta administração de recursos mas ao mesmo tempo tenho receio do que possa acontecer em termos técnicos com a limitação orçamental. Necessariamente este hospital vai ser afetado como todos os hospitais do país não é?”</i>
		Médico, EC	<i>“Há muito que fazer, mas os cortes orçamentais não permitem evolução normal do trabalho. Os últimos tempos têm mostrado prioridade em poupar e a qualidade é esquecida, começando pelo Ministério da Saúde e o Governo.”</i>
	3.4. Apelo à flexibilidade e criatividade	Assistente técnico, C	<i>“Eu leio as coisas que vão sendo fornecidas e há uma palavra que eu gostava de ver mais vezes citada que é a criatividade dos funcionários. Um serviço com certificado de qualidade pressupõe-se que a pessoa tem que fazer aquilo que está normalizado mas também devia puxar-se um bocadinho as pessoas para soltar a sua criatividade. Acho que isso devia ser mais focado nos relatórios, nas normas... Apelar à criatividade das pessoas para melhorar... Ser criativo e apresentar ideias e tudo isso.”</i>
		Enfermeiro, C	<i>“Outra coisa que eu acho é que a qualidade por si só também pode tirar a inovação, o que surge de novo, o que surge espontaneamente, porque se a gente está muito confrontado com a qualidade, com determinados parâmetros da qualidade e que a gente vai ter de atingir se calhar tudo o que é de novo, tudo o que pode surgir como uma ideia diferente, um fazer de outra maneira não se faz porque a gente tem que ter aquele procedimento porque ele está na qualidade e a gente tem que cumprir... Uma não conformidade é algo que não se quer. Portanto, eu vejo a qualidade muito bem para determinadas áreas mas também acho que ela deve sempre deixar algum espaço para esta</i>

			<i>inovação... Porque senão acho que não vamos evoluir e eu acho que em saúde temos muito para evoluir.”</i> <i>“Também tem este lado que eu acho que é muito, muito bom. Por um lado a gente estar sempre a medir o que faz e por outro lado, quando não faz bem tentar melhorar. Mas por outro lado se formos por aquele prisma muito retilínio da qualidade se calhar acabamos por não inovar tanto quanto de outra maneira podiam surgir. Porque às vezes são desvios de comportamento que nos levam a inovar, não é?”</i>
	3.5. Necessidade de metas e objetivos	Enfermeiro, C	<i>“Se a qualidade tivesse impacto direto nos profissionais, alguma relação, de alguma maneira uma relação direta com a pessoa, eu acho que toda a gente ficava super empenhada na qualidade. Como não existe uma relação de causa efeito para a pessoa da qualidade, eu acho que as pessoas menos empenhadas não se empenham na qualidade porque depois não vêm... Não lhes acresce nada. Se calhar só lhes acresce no trabalho. Eu acho que toda a gente faz as coisas mas as pessoas têm de encontrar um objetivo e têm de ter uma meta. E isto não é visto. Não existe essa meta.”</i> <i>“Eu acho que o que move as pessoas em relação a tudo é uma necessidade, é uma vontade, é um objetivo, é uma meta, algo que a gente tem para atingir. E quando eles não estão claramente definidos as pessoas não sabem muito bem porque lado caminham... As pessoas têm que ter objetivos muito muito concretos e acho que deixaram um bocadinho de existir e a qualidade também não sei se...”</i>
	3.6. Importância da certificação	Enfermeiro, NC	<i>“Isso é importante porque nós estamos empenhados em melhorar e se eventualmente alguém andar a supervisionar, nomeadamente a comissão da qualidade, infeção e assim, se depois nos der o feedback sabemos se estamos bem no bom caminho ou se temos que melhorar não é? E eu acho que todas as críticas construtivas e que sirvam para a gente aprender são benéficas”</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Mas, a minha experiencia em relação à certificação deste serviço e à padronização de processos, é importante. Acho que se lucra muito, deixa de haver tantos erros, há uma mobilização das pessoas e eu acho que é fundamental, portanto, se nós quisermos partir deste nosso exemplo para o resto do hospital eu acho que era francamente favorável a isso. Acho que só iriam beneficiar.”</i>
		Médico, NC	<i>“Os desafios é melhorar de uma forma geral a qualidade de tudo o que nós fazemos. As</i>

			<i>oportunidades é aproveitar mais uma auditoria externa para melhorar as petos que com certeza são passíveis de melhorar, nomeadamente em termos de organização, em termos de atendimento do doente, ser ainda mais personalizado, ainda mais cuidado, que é aquilo que nos separa das instituições privadas. Um atendimento mais cuidado do doente, e mais intimista do doente, e eventualmente uma melhor interface com os outros profissionais do sistema nacional de saúde, nomeadamente com os clínicos gerais. E daí que toda a parte da nossa performance operativa no sentido da forma como nos mobilizamos e organizamos o nosso trabalho no serviço claro, há sempre espaço para otimizar. Portanto vejo isso como uma boa oportunidade.”</i>
		Técnico superior, C	<i>“Bem eu acho que a primeira é se calhar o benchmarking não é? Acho que é fundamental em certificação. Depois é as linhas de orientação, que eu acho que são fundamentais para os profissionais. Depois a própria integração e saber porque é que aquele e este serviço foi certificado, quais são as mais-valias, quais são os pontos críticos, aquilo que se tem de melhorar... Eu acho que aí se calhar nisso o facto de a certificação ser visada na qualidade e na satisfação do doente, também se calhar acaba por dar mais importância também à satisfação do profissional, não é?”</i>
	3.7. Reconhecimento/ imagem externa	Responsável pela qualidade 2, C	<i>“Atualmente torna-se absolutamente imprescindível! Porque para além de todo o resto que a gente já viu de garantir a qualidade. Neste momento há certos trabalhos... Nós participamos em trabalhos de colaboração internacional nas várias áreas. E portanto nós enviamos casos e recebemos casos que depois entram em publicações de grupos internacionais. E se nós não tivermos certificados não somos aceites.”</i>
		Técnico superior, NC	<i>“Até porque eu acho que isto da avaliação de nós termos o retorno da avaliação, construtivo como é obvio, também temos o feedback do nosso trabalho, o reconhecimento... Acho que isto da certificação permite o reconhecimento que até agora era difícil não é? Porque as pessoas não sabiam bem o que é que umas faziam e outras faziam, os resultados... Quer dizer, era tudo um bocadinho no ar o que se dizia. Enquanto que com a certificação está tudo protocolado está tudo, há números, bons ou maus está lá tudo, não é? Pronto, e isso permite também melhorar, haver uma preocupação para mostrar resultados, melhorar, até a nossa postura não é?(...) É que com a certificação quem trabalha e trabalha bem vai ter motivos para justificar ou para premiar, não quer dizer que seja em termos</i>

			<i>financeiros nem é disso que se trata mas para serem reconhecidos pelo seu trabalho. E sem certificação isso torna-se mais difícil.”</i> <i>“Até porque eu acho que isto da avaliação de nós termos o retorno da avaliação, construtivo como é óbvio, também temos o feedback do nosso trabalho, o reconhecimento... Acho que isto da certificação permite o reconhecimento que até agora era difícil não é? Porque as pessoas não sabiam bem o que é que umas faziam e outras faziam, os resultados... Quer dizer, era tudo um bocadinho no ar o que se dizia. Enquanto que com a certificação está tudo protocolado está tudo, há números, bons ou maus está lá tudo, não é? Pronto, e isso permite também melhorar, haver uma preocupação para mostrar resultados, melhorar, até a nossa postura não é? Trabalhar em equipa, até porque isto depois o bom ou o mau tem que ser dividido por todos não é?”</i>
		Médico, NC	<i>“Eu vejo esta coisa desta auditoria como uma coisa absolutamente natural não é nada de transcendente, a minha questão é simples, porque não há mais tempo? Acho que é absolutamente fundamental. E eu vejo este hospital como tendo todas as condições para competir com as entidades privadas e portanto todas as armas que melhorem a nossa credibilidade e a nossa imagem junto da população são boas.”</i>
		TDT, C	<i>“Agora o facto de dizer assim, tem a chancela de certificado... claro que para a imagem do exterior isso é muito importante dá logo uma certa credibilidade às pessoas que vêm cá que – olhe estes senhores participam em algo, estão a ser monitorizados e alguém está a ver se estão a trabalhar com qualidade. Pronto, sem dúvida sob esse ponto de vista a chancela do ter uma certificação de uma empresa é importante.”</i>
	3.8. Necessidade de padronização	Diretor de serviço, NC	<i>“Isto é, se me perguntar o que é eu gostaria que estivesse implementado e que não está, é que o doente, o circuito do doente e o doente que fosse admitido no serviço fosse exatamente da mesma maneira quer fosse aos sábados às quatro da manhã, como à segunda-feira de manhã ou à terça-feira de tarde. E portanto que existissem standards de qualidade que nos permitissem qualidade/segurança, que estão intimamente ligadas, na nossa opinião, ah... Que fossem mínimos para assegurar um atendimento de qualidade e um atendimento segura a todas as pessoas independentemente da altura em que eles entram e de onde é que eles vêm.”</i>

		Enfermeiro, C	<i>“Mas se calhar o que tem de definir para os serviços de cirurgia são 3 ou 4 coisas em termos de enfermagem, em termos de medir, e se calhar têm de ser muito iguais ou muito semelhantes. Porque fazemos as normas, cada um faz as suas, não sei se depois conseguimos avaliar alguma coisa sendo que a qualidade a gente pretende avaliá-la.”</i> <i>“Eu sei que as pessoas chegam cá e avaliam pelos processos que nós definimos. Agora podemos estar a definir processos que não são os mais corretos. E por isso acho que na metodologia da qualidade falta... Falta como nós quando trabalhamos em enfermagem ou em medicina há coisas que são os princípios básicos, para nós são os fundamentos de enfermagem. Eu acho que na qualidade também tinha que haver alguns fundamentos. Fundamentos esses que deviam ser dados para toda a gente trabalhar naquilo. Depois podíamos ter alguma coisa específica definida para cada serviço, mas tínhamos que ter um tronco comum muito forte que fosse igual.”</i>
		Responsável pela qualidade, EC	<i>“(...) eu acho que é importantíssimo a certificação dos serviços porque... Face... Eu não queria dizer anarquia nem caos, mas face à desordem total, ou desordem... Pelos menos bastante acentuada dos serviços, em termos de criação de objetivos, em termos de... Medir! Principalmente medir! As pessoas não estão habituadas a medir.”</i> <i>“Realmente na saúde não estamos muito habituados a medir. Mesmo aqui no serviço, por exemplo, eu pergunto – Qual é o grau de não respostas dos resultados analíticos que nós damos? – não respostas é quando nós damos uma resposta que não é aquela que o clínico quer ter, ou porque não podemos processar a amostra... As pessoas não têm noção nenhuma. Aparecem números completamente diferentes. Têm sensações não é? E por isso quando nós começamos a medir, criamos um objetivo, começamos a medir esse objetivo e a monitorizá-lo, nós realmente chegamos a conclusões... Oh pá! Isto era mesmo assim? Não estávamos nada à espera daquilo.”</i> <i>“Por exemplo, se for ao atendimento ao balcão vai ter exatamente o mesmo procedimento, e por isso, dessa forma, padronizada, padronizada pelo bem, estamos a nivelar por cima, acho que o utente vai ser o primeiro a reconhecer esta certificação.”</i>
	3.9. Qualidade nos comportamentos	Enfermeiro, C	<i>“Quando estamos numa prestação de serviços, que é o que é, que envolve processos que não são só meras técnicas... Na parte técnica também é muito fácil ver. A gente diz desinfeta com isto ou</i>

			<i>desinfeta com aquilo, demora um minuto ou demora dois minutos, a seguir põe-se o penso da direita ou da esquerda, tapado ou... A gente define e é mais fácil. Agora há todo um conjunto de comportamentos que estão inerentes. E quando se trabalha em saúde são muito estes comportamentos que depois vão levar à qualidade na saúde. Eu acho que muito da qualidade na saúde está nos comportamentos. (...)E essa parte da qualidade eu acho que ela nunca pode ser mensurável. Podemos definir o que é que seria ótimo, mas medir, medir, medir... É um bocado se calhar mais difícil.”</i>
	3.10. Socialização para a qualidade	Diretor de serviço, NC	<i>“O que eu espero, para lhe responder à pergunta depois destes rodeios todos, é que se consigam educar as gerações que nós estamos a educar para que daqui a pouco tempo, desejo eu, a qualidade seja encarada como uma coisa tão urgente e tão necessária como a qualidade técnica, se quiser, e que a educação seja criada nesta área e que isso seja uma coisa de todos os dias como fazem, eu tenho sempre um fraquinho pela aviação, é a minha paixão, como os pilotos de aviões fazem neste momento. Não passa pela cabeça de ninguém dizer – Vamos fazer check-list? Não hoje não me apetece! E a nós passa, ainda! Portanto, vai demorar um bocadinho mas a nossa missão é tentar estimular as pessoas para que isso aconteça.”</i>
	3.11. Confiança dos pacientes	Diretor de serviço, NC	<i>“Se nós pensarmos no serviço digamos assim como uma empresa, que oferece serviços, há duas coisas que nós precisamos de ter como qualquer empresa que são a base do nosso negócio. A primeira é a sustentabilidade financeira, que conseguimos assegurar para nós, se nos virmos como uma ilha dentro da instituição nós geramos sustentabilidade financeira, não só para nós como para mais áreas da instituição. E a segunda é a confiança dos clientes. Portanto as empresas precisam de duas coisas: sustentabilidade financeira e confiança dos clientes em nossa opinião, e essa confiança dos clientes deriva de várias coisas. Deriva sobretudo de as pessoas terem confiança porque é seguro, portanto a segurança é central, é fulcral no meio disto tudo. Ahh... porque oferece serviços de qualidade, isto é nós podemos mostrar a qualidade daquilo que fazemos, com resultados com baixa incidência de incidentes, de coisas imprevistas se quiser, e em terceiro lugar é a qualidade das instalações.”</i> <i>“Nós não é pelo facto de termos um código da estrada a funcionar que eu ando a menos de 120 km/h</i>

			<i>na auto-estrada, não é pelo facto de haver um código da estrada a dizer que eu nas localidades tenho que andar a 50 ou a 20 ou não sei quê que eu devo confessar “off the record” (risos) que não cumpro os limites de velocidade, que às vezes queimo vermelhos, portanto isto tudo é uma questão de educação. Nós aqui no hospital, e sobretudo o nosso serviço de cirurgia como é este com a cirurgia que se faz não nos podemos dar ao luxo de andar a mais de 120 nas nossas auto-estradas, de queimar vermelhos porque isso implica com a segurança dos doentes.”</i>
4. Envolvimento	4.1. Importância do envolvimento	Enfermeiro, NC	<i>“O que é preciso de facto é que as pessoas estejam envolvidas no projeto e queiram colaborar.”</i>
		TDT, C	<i>“É um processo. Mais longo ou mais curto depende das pessoas, das pessoas envolvidas, do líder, depende de muita coisa. Eu acho que acima de tudo o fator humano é importantíssimo, e para mim é o fator mais importante. Até podem ter a melhor tecnologia do mundo, se houver más atitudes nos profissionais, a coisa não funciona.”</i>
		Responsável pela qualidade, C	<i>“Mas é de alguma maneira importante porque acho nos obrigou a alguma disciplina a toda a gente, a todos os níveis, desde os funcionários... E as pessoas aderiram, tem muita graça. Tem muita piada porque as pessoas têm muito orgulho e sempre que há uma auditoria vale a pena vir ver o orgulho com que os administrativos, os auxiliares por exemplo, embarcam numa auditoria com todo o à vontade e respondem e tal. Acho que se criou de facto um espírito á volta desta... Do cumprimento destas regras. Tem muita graça sabe? As pessoas sentem orgulho! Sentem orgulho, não se sentem intimidadas...”</i>
	4.2. Entraves à adesão à qualidade	Assistente técnico, C	<i>“Acho que é muito importante pôr as pessoas na qualidade e a qualidade nas pessoas. Pode-se ensinar as pessoas a entrar na qualidade mas a qualidade entrar nas pessoas, é complicado.”</i>
		TDT, C	<i>“Relativamente ao King’s Fund, eu acho que foi fundamental naquela altura e eu lembro-me perfeitamente do envolvimento e da entrega que muitos dos profissionais envolvidos tinham no projeto. Só lamento que depois tenha morrido. E muito do trabalho que se fez. E acredito que foi um trabalho árduo. Porquê? Porque eu vinha de um serviço em que de facto há uma certa resistência à qualidade. Porque dá trabalho. Dá trabalho escrever o que se faz! Dá trabalho.”</i> <i>“A ideia que eu tive do lado de implementação e do lado de continuar a seguir e do lado de sensibilizar</i>

			<i>outros para o fazer, o padrão é o mesmo. Ou seja, há sempre uma resistência, há sempre uma resistência a isso.”</i>
		Diretor de serviço, NC	<i>“Os desafios são em primeiro lugar envolver toda a gente. Porque nós temos sempre tendência por defeito quase profissional dizia eu quando a gente pensa nalguma coisa pensa nos médicos, eventualmente também nos enfermeiros um bocadinho, mas isto é uma coisa que envolve tudo. Portanto desde os funcionários mais, como é que eu ei-de dizer, eu ia dizer os menos graduados se quiser, até aos funcionários mais graduados e com mais responsabilidades, toda a gente tem que estar envolvido. Em equipas que as pessoas se tenham que tratar como iguais, que às vezes não é fácil... Não é?(...) Portanto toda aquela estrutura de chefia tem que desaparecer para entrar numa estrutura de liderança em que toda a gente contribui para isso.”</i> <i>“Portanto, isto basicamente é um hospital público que se rege por leis da função pública mas que simultaneamente nos pedem critérios de qualidade e de produtividade privados. E portanto há uma discrepância grande que às vezes leva a situações de conflito, conflito de interesses ou... por muito que as pessoas se interessem por isso é difícil às vezes implementar as coisas que estão previstas.”</i> <i>“Qual é o problema para mim do King’s Fund? O King’s Fund foi uma etapa, foi um tempo num percurso que depois do meu ponto de vista não teve sequência e não foi implementado como uma questão educacional e que a gente faça todos os dias. Eu dou-lhe um exemplo: um decreto exige que nós no bloco operatório façamos uma check-list de segurança, umn? Essa check-list de segurança foi determinada como sendo o espaço estritamente necessário para se verificarem se as coisas estavam todas em ordem e que a gente tinha o doente certo, ia operar o lugar certo, o sítio certo daquele doente, naquela altura e que estava tudo pronto para a gente operar. Pronto. Isso foi verificado já em vários trabalhos que diminuía drasticamente, quando era rigorosamente cumprido, diminuía drasticamente a incidência ou a frequência se quiser de eventos adversos, ou de coisas que a gente quer evitar. No entanto, nós continuamos a não cumprir isso embora esteja decretado. E eu tenho consciência disso. Estou a falar do meu serviço, dos outros não faço ideia mas imagino que seja pelo menos a mesma coisa. E continuam a esvoaçar... Há pessoas que fazem, há pessoas que não fazem, mas ainda não foi educação, isso demora uma geração.”</i>
		Responsável pela	<i>“A principal dificuldade quando nós pensamos em nos certificar foi ter que dizer às pessoas que iam</i>

		qualidade 1, C	<i>ter que ter uma crésimo de trabalho, e era substancial, já que nós não pegamos num pacote... Não nos apareceu aqui uma empresa de qualidade daquelas que apoiavam a certificação com os procedimentos todos feitiños e nós adaptamo-los a nós. Nós não. Tivemos que nos reunir várias vezes, tivemos que estruturar o serviço em vários setores.”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“Sabe que nós reagimos sempre um bocadinho mal à qualidade. Não sei se tem tido essa noção nas conversas que te tido com as outras pessoas. Porquê? Porque efetivamente é um trabalho que nos é pedido, não é propriamente exigido, nós é que exigimos porque decimos entrar nesta luta, mas que nos é pedido para além de toda a rotina que é aquilo que a gente gosta de fazer. Ainda é um trabalho que exige muita manipulação de documentos, de papel, muitos registos, muita base de registos, e nós somos um bocadinho contra esta... Achamos que não é uma perda de tempo mas é uma ocupação excessiva de tempo.”</i> <i>“Agora, claro que às vezes – Olhe isto aconteceu assim, porque é que não lá em cima algum documento no meu gabinete a dizer que isto aconteceu assim repetidamente? Ai Senhora Doutora, não queria acusar... – Portanto, ainda há alguma resistência porque as pessoas acham que relatar um acontecimento é uma acusação.”</i>
		Responsável pela qualidade, EC	<i>“Temos algumas dificuldades. Como disse, esta questão da logística, não é muito fácil, e é um serviço pronto, com bastante gente, pessoas bastante dispersas, pessoas que estão cá há já muitos anos, com alguns vícios e tem sido uma tarefa um bocadinho difícil. Mas acho que vamos conseguir chegar a bom porto.”</i> <i>Nós temos várias pessoas no serviço, como disse, pessoas já muito antigas, pessoas que entraram para o serviço mais recentemente e por isso as pessoas que estão cá no hospital há muitos anos pensa que isto realmente é utópico. É utópica esta coisa da certificação, e que nós nunca iremos chegar á certificação.”</i> <i>“Agora as maiores dificuldades são realmente com estas pessoas que já estavam cá há muitos anos, que são cétricas neste processo, dizem – Agora vem cá quase um deus, entre aspas, tentar certificar agora o que não é certificável, por causa das instalações péssimas por causa de – Nós já estamos habituados a fazer isto assim há tantos anos porque é que agora temos que mudar? Uhm... E ficam</i>

			<i>realmente um bocadinho céticas como eu estava a dizer em relação a este processo todo.”</i> <i>“Pois eu acho que numa primeira fase como eu disse, vamos ter algumas resistências de algumas pessoas, vamos ter resistências no trabalho que têm, e na mudança dos hábitos que as pessoas têm porque há muitos registos a fazer, mas quando as pessoas, e isto também pela minha experiência noutros serviços que tenho visto, quando as pessoas ao fim de, talvez ao fim do primeiro ciclo de certificação, ou seja, ao terceiro ano e virem as mais-valias que isto lhes dá e lhes leva, em termos até muitas vezes para a sua própria defesa.”</i> <i>“Eu acho que é sempre boa a qualidade mas ao principio realmente é um bocadinho trabalhosa e há esta mudança toda de preconceitos, e mudança de modo de fazer, o modo operandis... Uhm... Realmente, quando se nota realmente esta mudança, são elas próprias que reconhecem – Não! Isto é bom. Isto vale a pena! E vamos conseguir.”</i>
		Médico, NC	<i>“Sinto alguma reserva porque as pessoas estão neste momento com muito trabalho. Estão sujeitas a mudanças constantes das suas rotinas e nós se calhar é natural alguma reserva a que nos alterem as nossas rotinas. E portanto eu percebo que haja algumas reservas por parte dos meus colegas.”</i>
		Enfermeiro, C	<i>“Por exemplo, há um procedimento novo, nós pomos o procedimento cá fora, damos a conhecer o procedimento a toda a equipe, nem todos aderem ao procedimento da mesma maneira. Há sempre aqueles que vão tentar fugir. Eu acho muito bem que se dê opiniões, que se dê sugestões de se alterar... (...) Mas há as pessoas que não fazem porque não fazem, e há as pessoas que está sempre tudo bem e há as pessoas que está sempre tudo mal. “</i>
		Técnico Superior, NC	<i>“Eu acho que as pessoas são muito resistentes à mudança e este tipo de coisas, porque eu acho que a ideia que as pessoas têm e eu fui sentindo um bocadinho isso ao longo do tempo, é que isto é mais trabalho para se fazer e que depois não dá em nada. Que é só imagem exterior, é só, qual é o termo mais... politicamente correto, que é um bocadinho de marketing, vá...”</i>
	4.3. Compromisso da instituição	Diretor de serviço, NC	<i>“Isto é, não adianta nada que o serviço ou alguém dentro do serviço queira investir na qualidade, ou seja no que for, que não seja uma prioridade da instituição. E portanto a instituição é que nos tem que, não digo só estimular, também tem que estimular, mas tem que estimular e acompanhar muito de</i>

			<i>perto, porque senão perde-se... E dar reforço positivo à coisas que a gente conseguir fazer porque senão perde-se a vontade. Isto dá trabalho, implica trabalho, em pessoas que são mal pagas, em pessoas que têm excesso de trabalho e a gente está-lhes a pedir um bocadinho mais! E a compensação de facto, é fazer as coisas bem feitas. E isto tem que ser estimulado pela instituição, não chega a gente dizer opah vamos fazer bem as coisas... Toda a gente quer fazer! Agora, o estímulo para fazer mais um bocado para fazer muito bem sempre necessita de ser criado e se não puder ser financeiro tem que ser outro. Tem que ser o feedback positivo, o estímulo positivo... Dizer assim - Opah vocês estão a fazer tão bem vamos fazer mais um bocadinho mais e tal, e não sei quê, e vamos conseguir, e depois temos um diploma na parede, uma coisa qualquer. Portanto a instituição tem que estar muito envolvida.”</i> <i>“Porque quando alguma coisa corre mal, e em vários sítios mas aqui também é, é fácil apontar a quem operou. Operou mal, esqueceu-se da compressa, é muito fácil o indivíduo, mas atrás do indivíduo está uma equipa, e atrás de uma equipa está a instituição e a organização que permitiu que ele deixasse lá ficar uma compressa. Porque os mecanismos da instituição deviam evitar que eu lá deixasse ficar uma compressa.”</i>
		Assistente Técnico, C	<i>“Para mim a qualidade tem que vir no sentido de cima para baixo. Se a qualidade estiver lá em cima depois é derramada até cá abaixo.”</i>
	4.9. Estímulo ao envolvimento	Enfermeiro, NC	<i>“É assim nós estamos numa fase em que as pessoas no geral estão desmotivadas porque o país está em crise. Os profissionais são mal pagos, são mal remunerados. A nível salarial é importante mas às vezes existem alguns aspetos que podem aumentar a motivação dos profissionais, algum reconhecimento... Por exemplo se se esforça, receber um feedback positivo vai fazer querer continuar. Quando às vezes esse feedback é vazio e não existe e associado a isso todo o stress que as pessoas trazem neste momento com risco de ser despedidos, temos pessoas cada vez mais mal remuneradas. Tiraram-nos os subsídios, pensam tirar-nos o subsídio também de turno. Percebe? Tudo isso são fatores externos que influenciam.”</i> <i>“Se os profissionais estivessem motivados, se estivessem a ser bem remunerados, e se recebessem um feedback favorável sempre que tentavam melhorar, certamente que as pessoas iam estar</i>

			<i>envolvidas em muitos mais projetos. Agora envolvermo-nos em projetos e continuarmos e não ser reconhecidos... percebe?”</i>
		Médico, C	<i>“Eles acreditarem que essa qualidade vai de facto de melhorar. Serem de alguma forma reconhecidos pelo esforço que fazem, o que não acontece muitas vezes, portanto terem algum feedback desse aumento de qualidade. Porque se querem que as pessoas melhorem o seu trabalho e a performance laboral, tem que haver alguma compensação. Não tem que ser financeira, muitas vezes não é isso que está em questão, mas terem algum feedback e algum reconhecimento público que nem sempre acontece.”</i> <i>“Portanto o que eu acho fundamental para as pessoas se envolverem e colaborarem na auditoria ao seu trabalho, devem ser estimulados e devem ter o feedback positivo do que estão a fazer bem. Quando mudarem saberem que isso trouxe consequências e muitas vezes nós não temos essa ideia.”</i>
	4.10. Estratégia para o envolvimento	Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Portanto, tivemos que estruturar o nosso serviço quase em quatro serviços mais pequeninos. E a partir daí criamos os códigos dos procedimentos, estruturamos os procedimentos, dissemos aos responsáveis por cada um desses setores que tinha de fazer procedimentos e reunir com a equipa dos seus setores para realmente toda a gente estar envolvida na certificação e na acreditação dos ensaios e na qualidade e a partir daí foi fazer reuniões fora de horas, levar o trabalho para casa porque, com a rotina que já tínhamos normal não era possível fazer a certificação, e portanto teve que haver uma liderança bastante forte, motivadora, essencialmente, que levou a dizer às pessoas – Isto vale a pena! Vamos avançar com isto e vamos certificar o serviço! E isto conseguiu-se graças a essa força dinamizadora, caso contrário... Não...”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“E nós reunimo-nos. Na altura quem ficou com essa tarefa de coordenar essa sessão fui eu e eu reuni ali na sala de reuniões todos os profissionais. Alguns deles nunca se tinham sentado naquela sala. E parecendo que não, de facto eles terem sido considerados pares nessas situações tornou-os muito mais participativos e a compreenderem que de facto se as pessoas dissessem – olhe, isto aqui está mal, isto aqui escorrega, já caí três vezes neste sítio e tal – podem contribuir para que as coisas não se repitam, e eu acho que é um bocado este espírito.”</i>
	4.11. Evolução do	Responsável pela	<i>“No início houve um entusiasmo tremendo, em que as pessoas quiseram todas colaborar, fizeram os</i>

	envolvimento	qualidade 1, C	<i>procedimentos, etc. Depois houve alguns que abandonaram quando foi preciso reformular procedimentos. Mas na grande maioria eu acho que isto não está com aquele 100% inicial em que havia um euforia enorme de – vamos certificar, vamos fazer procedimentos, etc. Mas estou convencido que se eu tivesse que dar uma percentagem em relação ao envolvimento atual da organização toda estaria nos 90%, o que eu acho muitíssimo bom, porque há organizações em que eu sei que depois para manter apareceram 10% ou 15%, ou seja, os 10% é do gestor da qualidade porque de resto a organização não quer saber minimamente dele.”</i>
		Diretor de serviço, C	<i>“Sim, no início, achamos que era uma coisa mais ou menos fácil depois é que nos apercebemos como é que ia ser acho que as pessoas reagiram um bocadinho, porque dá muito trabalho, porque vamos perder muito tempo... Depois há medida que o sistema foi estando implementado começaram as coisas a correr normalmente e acho que as pessoas agora de uma maneira geral a leitura que fazem da certificação é bastante positiva. Houve ali uma fase que era muitos papéis e muito trabalho, mas também já passamos a fase pior.”</i>
5. Implicações no quotidiano profissional	5.1. Responsabilidade	Assistente técnico, C	<i>“A importância que tem é que responsabiliza muito mais porque há mais exigências, há mais organização, não pode haver tantas falhas. Tudo isso com as auditorias vem tudo ao de cima. A importância da qualidade um serviço é ao nível das pessoas, dos recursos humanos, muito mais que os recursos de trabalho... Acho que a qualidade aposta nas pessoas. A confiança que lhes dá é a coisa mais importante que há para um serviço ter qualidade. É a informação que se dá.”</i>
	5.2. Melhoria contínua	TDT, C	<i>“Num serviço certificado é ter a consciência constante de que se está sempre, portanto estou a fazer isto mas tenho que pensar sempre numa perspetiva de melhorar. Sem dúvida porque se não o que vai acontecer é nós temos auditorias de x em x tempo e pronto já participei em muitas como auditada não é? E há sempre algo que nos escapou na auditoria anterior e que nós dizemos –pois é nunca tinha pensado nisso! E pronto se calhar isso é bom.”</i> <i>“Pertencer ativamente a um sistema da qualidade tem essa vantagem é que nós podemos de alguma forma ir evoluindo sempre, ou seja, fazemos mas ter sempre a noção de que se pode fazer melhor. Se não estiver nesse sistema, até se pode ter muito boa vontade mas se não houver de alguma forma nenhuma avaliação, nenhum feedback, pode não ocorrer isso.”</i>

			<i>E de facto foi importante, no início escrever os procedimentos, escrever o que se fazia portanto pôr por escrito, todos fazer da mesma forma, a standardização, a participação em controlos de qualidade externos que cada vez foi aumentando a nossa participação para quase total, e depois o feedback, tratar esse feedback, quer os positivos - era ótimo fantástico maravilhoso, e os negativos – o que é que nós fizemos para corrigir? E esse processo todo. Eu acho que foi muito importante não há dúvida. Até porque uma coisa é dizer trabalha-se bem outra coisa é demonstrar também que trabalha bem.”</i>
		Enfermeiro, C	<i>“Mas também acho que a qualidade nos faz evoluir porque quando nós temos uma não conformidade nós temos que estudar para ver como é que se vai ultrapassar aquele problema. Também tem este lado que eu acho que é muito, muito bom.”</i>
	5.3. Mudanças provocadas	Diretor de serviço, C	<i>“Mas temos sempre tudo orientadinho, temos as coisas mais... Pedem-nos os dados, queremos saber as coisas temos tudo direitinho. Aí vale a pena... (...) Agora estão as coisas mais organizadas e temos a questão de ter a opinião dos clientes mais... Nós até agora de uma maneira geral os doentes agradeciam, mas não tínhamos nada escrito com a satisfação dos doentes, e agora temos.”</i>
		Enfermeiro, C	<i>“Eu não sei se tem grande impacto na atividade sinceramente. Acho que as pessoas tentam cumprir os procedimentos que estão definidos que depois as pessoas são avaliadas, mas não sei se tem impacto... (...) Não vejo grande diferença ao vir de um serviço certificado para este certificado, em termos de qualidade de trabalho, das pessoas trabalharem de outra maneira, com outra postura, não.”</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Acho que a nós como laboratório mostrou-se grandes vantagens em várias áreas porque, primeiro uniformizou e obrigou-nos a refletir um pouco ao passar certos procedimentos que estavam na nossa memória pra procedimentos escritos obrigam-nos a refletir sobre aquilo que estamos a fazer e a analisar dados quando as coisas não funcionam bem. Portanto acho que nesse aspeto houve de facto uma melhoria. Houve uma melhoria muito muito marcada nas condições de trabalho das pessoas, por exemplo cada vez que a gente exige controlo da qualidade do ar...”</i>
	5.4. Pressão/ sobrecarga de trabalho	Diretor de serviço, C	<i>“Dá muito trabalho. Precisávamos de mais pessoas para podermos ter as coisas mais organizadas porque isto implica muitas horas dedicadas a isto e muitas vezes não temos tempo no dia-a-dia...”</i> <i>“Foi complicado porque nenhum de nós fazia ideia em que é que consistia o processo, portanto tudo aquilo... A linguagem parecia-nos um bocadinho estranha, processos e não sei quê para nós era tudo</i>

			<i>igual. As questões também nos pareciam um bocadinho exageradas e ainda há algumas coisas por exemplo ao nível dos papéis... É os papéis, é os documentos, é um processo complicado.”</i>
		TDT, C	<i>“Em termos de auditorias... Sabemos que estamos sempre muito pressionados.”</i>
		Assistente técnico, C	<i>“Ainda há um certo medo das pessoas que não estão à vontade pelo medo de falhar. Podem falhar todos os dias não querem é falhar na altura das auditorias porque estão a ser observadas e tudo isso. E existe um bocado esse medo ainda.”</i>
		Responsável pela qualidade 1, C	<i>“Havia pessoas que nos referiam que os maridos quando as mulheres estavam a trabalhar nos procedimentos em casa às vezes até altas horas da noite, quando ela diziam eu estou a trabalhar nos procedimentos eles diziam – Eu já não posso ouvir falar em procedimentos! Portanto, isso foi o geral. Não foi só um nem dois casos, nem três casos. Foi geral.”</i> <i>“E portanto, houve imensas reuniões, gastaram-se imensas horas mas grande parte delas fora da rotina do serviço. E todas sem quaisquer... sem qualquer vencimento. Nem mais um tostão por isso.”</i>
		Responsável pela qualidade 2, C	<i>“De resto, de facto ocupa-nos muito tempo. Nós deveríamos ter, e não temos, na nossa carga horária reservadas horas para podermos ter um acompanhamento tranquilo e permanente... nem sempre é fácil...”</i>
	5.5. Comunicação	Assistente Operacional, C	<i>“Normalmente cada uma de nós faz parte de uma comissão. Como o serviço tem várias, eles escolhem os elementos para se dividirem nas várias e diversas comissões. (...) Anteriormente se calhar a uma comissão pertenciam os médicos e os técnicos e o resto da equipa ficava um bocado de fora. O que acabava por acontecer é que não havia comunicação. A comunicação faz muita falta. Se conseguirmos em cada grupo de equipa ter alguém a pertencer à comissão acabamos por conseguir transmitir muito mais informação.”</i> <i>“É assim, se a equipa estiver motivada, se conseguirmos transmitir todos os objetivos que temos, se conseguirmos fazer que haja uma comunicação, e não uma comunicação digamos, muito formal, que cada setor consiga transmitir às pessoas de uma forma mais... Mais corriqueira as coisas, acabam as pessoas por se sentir mais localizadas e informadas. E as pessoas sentindo-se assim também acabam por estar mais à vontade tanto para trabalhar na comissão como para trabalhar em função do</i>

			serviço.”
		Assistente Técnico, C	“E neste caso do meu serviço, qualquer alteração é quase in loco transmitido. Isso é a base para o sucesso da qualidade de um serviço. É a informação que se dá a quem lá trabalha.”
		TDT, C	“Nós neste momento também uma direção de serviço que tem por política e que, na minha ótica muito bem, quando sai os relatórios de auditoria passar via e-mail para toda a a gente, em que toda a gente tem conhecimento de como é que estão as coisas. Acho que isso é fundamental, essa informação é fundamental para envolver as pessoas. As pessoas têm que estar informadas do que é que se passa de bem e de menos bem para tentarem evoluir todos juntos. Porque se não, se tentarmos tapar o sol com a peneira não é uma boa solução. Não é de facto. E portanto estar toda a gente envolvida é – está bem, ótimo, parabéns. O que está menos bem, embora possam haver algumas reações – pois mas eu fiz o melhor que podia! É normal que isso aconteça mas por parte dos responsáveis temos que tentar perceber que ninguém está aqui a atirar pedras, estamos a tentar perceber se nós juntos conseguimos melhorar isso. E também a ouvir sugestões e essas coisas todas e a tentar melhorar.” “A ideia que eu tenho neste momento é que é muito importante envolver as pessoas e dizer isto tá bem, isto está menos bem, e vamos melhorar e como podemos melhorar e se calhar tomar um rumo e depois fazer um espirito critico. Não naquela de muda agora e muda depois... Não, não é isso. É ter espirito critico é estar sempre atento e perceber se está mesmo bem. Não se acomodar... E envolver as pessoas o máximo possível e ouvir as opiniões. E acredito que se recolhe opiniões muito boas.”
		Técnico Superior, C	“Primeiro eu acho que se têm que ouvir o maior número de pessoas possível. Pronto. Até para corresponder às expectativas das pessoas. Eu acho que as pessoas precisam de ser ouvidas não é?” “Eu acho que se deve ir informando as pessoas das coisas porque se se ouve uma vez ou até nem se ouve e depois é tudo segredo até ao dia em que aparece a certificação, não faz sentido” “E acho que uma mais-valia é fazer reuniões de divulgação e em cada etapa informar as pessoas o que é que, quais foram os passos que foram dados, quais foram as dificuldades, até porque eu acho que as pessoas se vão envolvendo mais não é, no processo.”

