



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Qualidade dos Serviços de Saúde
A percepção dos colaboradores da ULS da Guarda à luz
do Modelo da EFQM

Joaquim António Nércio Marques

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Lourenço

Covilhã, Outubro de 2010

Agradecimentos

A realização deste estudo correspondeu a um tempo de vida marcado pelos contributos, colaborações e cumplicidades de muitas pessoas. A elas, por isso, quero expressar o meu sincero agradecimento:

Ao Professor Doutor Luís Lourenço, orientador científico deste trabalho, por toda a orientação, rigor, disponibilidade, incentivo e apoio na elaboração da dissertação.

Ao António Fernandes pela cedência do questionário, que esteve na base do instrumento de colheita de dados desta dissertação.

À minha amiga Professora Cecília pela disponibilidade e apoio dispensado.

A todos os responsáveis de serviço da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, directores e enfermeiros chefes, pela colaboração na distribuição dos questionários e incentivo ao seu preenchimento.

A todos os colaboradores da ULS da Guarda que participaram neste estudo, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários.

À minha família por todo o estímulo manifestado, em especial à minha esposa, Paula, e à minha filha Marta, pelo carinho com que desculparam as minhas ausências a que este trabalho me obrigou.

À Hippie, à Carica e ao Zorba, duas cadelas e um gato, animais de estimação, que com a sua presença, tanta companhia me fizeram, nas longas noites necessárias à realização deste estudo.

Resumo

Este trabalho elege como temática a qualidade dos Serviços de Saúde. A sua ancoragem teórica acolhe o modelo de excelência da European Foundation Quality Management (EFQM), amplamente reconhecido como uma poderosa ferramenta de gestão que estimula as organizações a desenvolverem-se, recorrendo à auto-avaliação como um processo de aprendizagem. Tendo como propósito a sensibilização para a qualidade, procurou, a partir do modelo de excelência da EFQM, identificar os pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria, bem como, perceber se as diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade profissional, assim como a sua categoria funcional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização. O processo de confirmação empírica seguiu o desenho de um estudo de natureza quantitativa, situado entre Maio e Setembro de 2010, abrangendo a totalidade dos serviços da recém-criada ULS da Guarda. Como principais conclusões emergem as seguintes: (1) são pontos fortes aspectos relacionados com os critérios “Resultados Clientes”, “Processos” e “Liderança”; necessitam de melhorias aspectos relacionados com os critérios “Pessoas”, “Resultados Pessoas” e “Política e Estratégia”; (2) existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das três Instituições nos critérios “Liderança”, “Política e Estratégia”, “Pessoas”, “Parcerias e Recursos”, “Processos”, “Resultados Pessoas”, “Resultados Sociedade” e “Resultados Chave do Desempenho”; entre os diferentes Departamentos apenas foram observáveis diferenças significativas para o critério “Política e Estratégia”; entre os colaboradores das diferentes Categoria Funcionais, as diferenças significativas foram observáveis nos critérios “Pessoas”, “Parcerias e Recursos”, “Processos”, “Resultados Clientes” e “Resultados Pessoas”. Em síntese, podemos concluir que as diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade, assim como a sua categoria funcional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização.

Palavras-chave

Qualidade, EFQM, Auto-avaliação

Abstract

This work chooses as thematic the quality of the Health Services. Its theoretical anchorage hosts the model of excellence from the European Foundation Quality Management (EFQM), which is widely recognized as a powerful management tool that encourages organizations to be developed, using the self-assessment as a learning process. With the intent of increasing quality awareness, it aims, based on the EFQM excellence model, to identify strengths and areas needing improvement, and also determine if the different institutions and departments where the collaborators exert its professional activity, as well as its functional categories, influences their perception of the quality of the organization. The process of empirical confirmation was established using a quantitative study design, which took place between May and September 2010, covering all services of the newly created ULS Guarda. The main conclusions that emerge are the following: (1) the strong points are aspects related to the criteria "Customer Results", "Processes" and "Leadership"; and the points that need improvement are aspects related to the criteria "People", "People Results" and "Politics and Strategy"; (2) there are statistically significant differences in the level of quality perception among collaborators of three institutions in the criteria "Leadership", "Politics and Strategy", "People", "Partnerships and Resources", "Processes", "People Results", "Society Results" and "Key Results Performance", between different departments there were only observable statistically significant differences for the criterion "Politics and Strategy"; between collaborators with different functional categories, significant differences were observed in the criteria "People", "Partnerships and Resources", "Processes", "Customer Results" and "People Results". In synthesis, we conclude that the different institutions and departments, where collaborators are active, as well as their functional categories, influence their perception of the quality of the organization.

Keywords

Quality, EFQM, Self-Assessment

Índice

1	Introdução	1
1.1	Enquadramento Geral	1
1.2	Objectivos do Trabalho de Investigação	2
1.3	Organização da Dissertação	3
2	Qualidade em Saúde	5
2.1	Conceito de Qualidade - Dificuldade e Especificação	5
2.2	Evolução da Qualidade	9
2.3	Referenciais da Qualidade	11
2.4	O Modelo de Excelência da EFQM nos Serviços de Saúde	14
3	Modelo de Excelência da EFQM	17
3.1	Conceitos Fundamentais	18
3.2	Critérios	21
3.3	Aplicação do Modelo - dificuldades e vantagens	23
4	Unidades Locais de Saúde	25
4.1	Implementando uma ULS	27
4.2	ULS da Guarda EPE	28
5	Metodologias de Investigação	31
5.1	Enquadramento e Questões de Investigação	31
5.2	Formulação de Hipóteses	32
5.3	Técnicas e Medidas Estatísticas	33
5.4	Instrumento de Colheita de Dados	34
5.5	Definição da Amostra	35
6	A Percepção dos Colaboradores à Luz do Modelo da EFQM	37
6.1	Caracterização da Amostra	37
6.2	Análise dos Dados Recolhidos - Pontes fortes e áreas a necessitar de melhoria	40
6.3	Análise dos Dados Recolhidos - Verificação e discussão das Hipóteses	42
6.3.1	Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES	43
6.3.2	Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos diferentes departamentos de cuidados de saúde	47
6.3.3	Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das diferentes categorias funcionais	49
7	Conclusões e Propostas de Trabalho Futuro	53
7.1	Conclusões	53

7.2 Propostas de Trabalho Futuro	55
Bibliografia	57
ANEXOS	61
Anexo I: Pedido de autorização para recolha de dados	63
Anexo II: Questionário	65
Anexo III: Departamentos	73
Anexo IV: Teste da homogeneidade das variâncias	75
Anexo V: Teste da normalidade dos resíduos	77
Anexo VI: Teste da ANOVA	79
Anexo VII: Testes Kruskal-Wallis	83

Lista de Figuras

Figura 1 - Conceitos Fundamentais da Excelência	18
Figura 2 – Critérios do Modelo de Excelência da EFQM	21
Figura 3 – Valor médio das respostas para cada critério do modelo de Excelência da EFQM	41

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da Amostra por Instituição	38
Tabela 2 - Distribuição da Amostra por Departamento	38
Tabela 3 - Distribuição da Amostra por Categoria Funcional	39
Tabela 4 - Distribuição da Amostra por Classe Etária	39
Tabela 5 - Critérios e seu nível de significância - Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Instituição	44
Tabela 6 - Resultados do procedimento Student-Newman-Keuls - Instituição	45
Tabela 7 - Ranking teste Kruskal-Wallis - Instituição	46
Tabela 8 - Critérios e seu nível de significância - Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Departamento	47
Tabela 9 - Resultados do procedimento Student-Newman-Keuls - Departamento ---	48
Tabela 10 - Critérios e seu nível de significância - Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Categoria Funcional	49
Tabela 11 - Resultados do procedimento Student-Newman-Keuls - Categoria Funcional	50
Tabela 12 - Ranking teste Kruskal-Wallis - Categoria Funcional	51

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
ANOVA	Análise da variância
APQ	Associação Portuguesa de Qualidade
BQF	British Quality Foundation
DGH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
EFQM	European Foundation Quality Management
EPE	Entidades Públicas Empresariais
EUA	Estados Unidos da América
HAL	Hospital Amato Lusitano
HNSA	Hospital Nossa Senhora da Assunção
HSM	Hospital Sousa Martins
IP	Instituto Público
IQS	Instituto da Qualidade na Saúde
ISO	International Organization for Standardization
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
MONIQUOR	Monitorização da Qualidade Organizacional
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEX-SPQ	Europa e Prémio de Excelência - Sistema Português da Qualidade
QualiGest	Qualidade na Gestão
SMA	Secretariado para a Modernização Administrativa
SNK	Studente-Newman-Keuls
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TEQA	The European Quality Award
TQM	Gestão da Qualidade Total
ULS	Unidade Local de Saúde

1 Introdução

1.1 Enquadramento Geral

A forma tradicional de medir qualidade dos serviços de saúde é focada nas expectativas e percepções dos utentes. Mas assumindo a complexidade, heterogeneidade e a ambiguidade dos serviços de saúde, bem como a necessidade de desenvolver medidas centradas não só nos clientes/utentes, mas também na própria organização. A qualidade dos serviços de saúde deve ter em conta também o ponto de vista de outros actores, como sejam os dirigentes e seus colaboradores.

O modelo de excelência da EFQM é uma ferramenta de gestão que permite estimular as organizações a desenvolverem-se, recorrendo à auto-avaliação como um processo de aprendizagem, de modo a levar a cabo a implementação das opções estratégicas. Tendo em conta as diferentes partes interessadas na organização: clientes, colaboradores, fornecedores, accionistas e a própria sociedade, bem como a rede de processos da organização.

O caso do sector da saúde não foge à regra, sendo que o modelo de excelência da EFQM tem sido apontado pelo Ministério da Saúde como um dos modelos de referência, tanto para a gestão como para a avaliação dos Serviços de Saúde.

O Modelo reconhece a existência de várias abordagens para alcançar a excelência sustentável nos muitos e diferentes aspectos de desempenho da organização e baseia-se na premissa de que resultados excelentes no que concerne ao nível de desempenho global da organização, das pessoas e sociedade são alcançados através da liderança na condução da política estratégica, a qual é transferida através das pessoas, das parcerias e recursos, bem como dos processos.

Os sistemas de Saúde de todo o Mundo estão ainda a tentar adaptar-se à mudança de escala provocada pela generalização do acesso aos serviços de toda a população, sofrendo por isso pressões para melhor responder às necessidades crescentes destas populações.

Exige-se que o sistema melhore a qualidade dos seus serviços e reduza os custos, através de processos de reorganização e de optimização. Contudo, esta não é uma tarefa nada fácil, encontrando as maiores dificuldades na coordenação e distribuição dos seus recursos, evidenciando-se a optimização dos meios de diagnóstico e dos recursos humanos disponíveis.

Em Portugal, a tutela tem tentado ao longo dos últimos anos vários modelos. Um desses novos modelos, que procura melhorar a capacidade de resposta do sistema da saúde, designa-se por ULS. Este modelo lançado quase a título experimental há cerca de 11 anos (1999), pretende otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região.

As Organizações excelentes, para executarem a sua estratégia, desenvolvem e desdobram a política em objectivos, planos e processos. Os processos e os planos são trabalhados por pessoas que, uma vez envolvidas e motivadas, atingem os objectivos estabelecidos. Ou seja, as pessoas são o principal meio das Organizações para a obtenção de resultados. Muitos autores já o disseram e muitos gestores disso estão convencidos.

Existindo uma forte correlação entre a satisfação dos clientes e a satisfação dos trabalhadores, então, as pessoas devem ocupar nas Organizações um papel estratégico. E o Modelo de Excelência da EFQM considera a monitorização dos Resultados Pessoas em termos de medidas da percepção e indicadores do desempenho, em que a primeira medida, percepção, diz respeito ao que as Pessoas pensam da Organização.

Fruto da sua experiência pessoal enquanto colaboradores da organização, a percepção é influenciada pelas vivências no trabalho e pelas comparações que os colaboradores fazem entre a organização e outras entidades empregadoras, bem como pela imagem e reputação da organização.

Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento.

1.2 Objectivos do Trabalho de Investigação

Face à crescente valorização da qualidade no desempenho e ao interesse demonstrado pelas organizações de saúde na implementação de programas de qualidade, sendo disso prova os diversos projectos nacionais suportados pelo modelo de excelência da EFQM divulgados pela revista Qualidade em Saúde. A nossa proposta de investigação insere-se na área da gestão da qualidade e pretende levar a cabo um estudo de auto-avaliação da ULS da Guarda, após cerca de um ano e meio da sua constituição, à luz dos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM através da percepção dos seus diferentes colaboradores.

De acordo com a EFQM, a auto-avaliação permite que uma organização identifique os seus pontos fortes e as áreas a necessitar de melhoria, e apresenta um quadro de referência comum de qualidade, que constitui a base para uma cultura de qualidade. E sendo a ULS da Guarda um modelo organizacional que integra a gestão das várias unidades de saúde da região, constituída pelos dois hospitais e pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) com

doze dos catorze centros de saúde existentes no distrito, com colaboradores de muitas e diferentes categorias funcionais. Assume assim pertinência avaliar se existe diferença, estatisticamente significativa, quanto à percepção dos diferentes colaboradores da ULS da Guarda no que respeita à qualidade da Organização prestadora de serviços de saúde, tendo em conta as diferentes Instituições e serviços de saúde onde exercem a sua actividade profissional, bem como considerando as suas diferentes categorias funcionais.

A partir do modelo de excelência da EFQM, e de acordo com a proposta de investigação, são levantadas as seguintes questões centrais:

- Quais são os pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria na ULS da Guarda EPE?
- As diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade profissional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização?
- A função inerente à categoria funcional dos colaboradores influencia a sua percepção da qualidade da organização?

Clarificadas as questões de investigação do estudo, passamos de seguida a apresentar a organização da dissertação.

1.3 Organização da Dissertação

O segundo capítulo, designado por Qualidade em Saúde, é constituído por quatro subcapítulos em que é feita uma abordagem acerca do conceito e da evolução da qualidade, bem como apontados referenciais da mesma, sendo apresentado o modelo de Excelência da EFQM nos serviços de Saúde.

O terceiro capítulo refere-se ao Modelo de Excelência da EFQM e em três secções apresentam-se os seus conceitos fundamentais, os seus critérios e vantagens da sua aplicação.

O quarto capítulo, reporta-se às Unidades Locais de Saúde, referindo-se numa primeira parte à sua implementação e numa segunda parte à ULS da Guarda, abordando de forma breve o seu modelo de gestão.

No quinto capítulo intitulado Estratégias Metodológicas de Investigação, em cinco subcapítulos, é feito o enquadramento do trabalho empírico e formulação das questões de investigação, bem como são formuladas as hipóteses, apresentadas as técnicas de medidas estatísticas, o desenvolvimento do instrumento de colheita de dados e definida a amostra.

O sexto capítulo - A percepção dos colaboradores à luz do Modelo da EFQM, em três secções analisa os dados recolhidos, com recurso à estatística descritiva e analítica.

No sétimo capítulo são apresentadas as conclusões da investigação, bem como as propostas de trabalho futuro.

Finalmente no oitavo e último capítulo são enumeradas as referências bibliográficas que suportam este trabalho de investigação.

2 Qualidade em Saúde

A importância dos serviços de saúde está a aumentar não só pela maior preocupação que as pessoas colocam perante as questões da sua própria saúde, mas também pela atitude que têm perante tudo o que está relacionado com a saúde. São exemplo disso, entre outros, as expectativas de uma maior esperança de vida, de uma melhor qualidade de vida, ou de melhores condições de atendimento nos serviços de saúde.

Mas as organizações de saúde para poderem dar uma resposta cabal às exigências externas, têm elas mesmas, que ser exigentes internamente, na sua organização, nas suas instalações, nas suas dinâmicas de serviço e no desempenho dos seus colaboradores, desde aqueles que as gerem, até aqueles que contactam directamente com os clientes. E para poderem melhorar, as instituições tem que ter feed-back de informação, sendo esta de relevante importância no que concerne à qualidade, devendo assim as organizações de saúde apostar sabiamente na implementação de programas de Gestão da Qualidade.

A qualidade em saúde pode ser analisada segundo várias perspectivas. Para os utentes é importante ser bem assistido, com conforto e segurança. Para os profissionais de saúde o objectivo é minimizar os erros e melhorar práticas. Para os administradores das organizações de saúde a qualidade identifica-se com o cumprimento das metas assistenciais e com uma gestão racionalizada, o que gera naturalmente algumas divergências com os profissionais de saúde na medida em que implica otimizar e minimizar consumos. E para os políticos, a qualidade em saúde está relacionada com a boa imagem dos serviços de saúde, existência de equipamentos sofisticados e bom acolhimento dos doentes (Fernandes e Lourenço 2010).

2.1 Conceito de Qualidade - dificuldade e especificação

Falar de qualidade equaciona, desde logo, a necessidade de apresentar uma adequada definição para um conceito que tem suscitado inúmeras enunciações, subscritas quer por autores e teóricos do tema, quer por organizações internacionais.

Segundo a Associação de Bibliotecas do Reino Unido, a qualidade é “fácil de reconhecer ... difícil de definir” (Library Association, 1994). Universalmente a qualidade pode ser considerada como algo que afecta a vida das organizações, ou de cada um em particular, de forma positiva. Quando nos referimos a um produto, afirmamos que se trata de um produto de qualidade se cumpre as funções da maneira que as desejamos. Falamos de um serviço de qualidade se este for de encontro às expectativas do cliente ou inclusivamente as supera. Mas é difícil encontrar uma definição objectiva de qualidade.

Pese embora o facto de existirem dezenas de definições, todas elas têm traços em comum, todas assumem a Qualidade como uma disciplina da gestão global das organizações que procura que bens e serviços satisfaçam os seus destinatários, o que implica fazer bem e cada vez melhor, ao menor custo e à primeira.

A qualidade tem sido alvo do interesse de muitos estudiosos e vários têm sido os contributos nesta matéria. Não existe uma abordagem única quando se fala em gestão da qualidade. Esta noção é uma mistura de ideias de gestão que resulta do contributo de numerosos autores, no seio dos quais se destacam Deming, Juran e Crosby, considerados os pioneiros da gestão da qualidade.

O próprio Deming, deu conta da dificuldade de definir qualidade em saúde: “Uma definição aceitável para qualidade dos cuidados médicos é um problema perene entre os administradores de cuidados de saúde e as pessoas que fazem investigação sobre o assunto. Parece simples para quem nunca tentou. A qualidade dos cuidados de saúde foi definida de muitas maneiras. Cada uma serve um determinado problema” (Deming, 1982).

Segundo Saturno et al (1997), pela existência de múltiplas definições de qualidade dos serviços de saúde e de aplicações práticas tão diversas, é conveniente presumir que cada instituição, organização ou sistema que enverede pela criação de um sistema de qualidade, vá ter de criar, indefectivelmente como ponto de partida, a sua própria definição e ou adoptar uma determinada definição.

Há, no entanto, que promover uma aproximação operacional ao conceito de qualidade em saúde. Para isso é necessário que distingamos o nível de aplicação e a análise: ou nos referimos aos indicadores do sistema, ou temos em conta a qualidade ao nível de uma organização concreta que faz parte desse mesmo sistema, muito embora, se possam aplicar o conceito e as dimensões a medir, a ambos os diferentes planos. E neste sentido Saturno, adverte que tanto as variáveis, bem como os factores, as componentes ou as dimensões que iram ser medidos para caracterizar os níveis de qualidade, sobre os quais se centram os esforços de melhoria, são, em si mesmos, uma consequência directa da definição escolhida.

Segundo Silva et al (2004), é ao nível da concretização e da operacionalização do conceito, que em última análise as questões se colocam. Nada impede que a conceptualização elaborada para a produção de bens e serviços se aplique também na saúde, que a qualidade encarada como “conjunto de especificações e características de um produto ou serviço referentes à sua capacidade para satisfazer as necessidades que se conhecem ou pressupõem” (ISO 9004), no domínio dos princípios, seja aceite na saúde. Contudo, a operacionalização de conceitos gerais de qualidade na saúde tem colocado problemas complexos e abordagens diversas, sendo que a procura de soluções operacionais próprias não deve ter como

pressuposto que a saúde é um mundo à parte e que, desde o conceito à operacionalização da qualidade, tudo tem que ser concebido à medida.

A complexidade e a multiplicidade das especificações da qualidade na saúde, bem como a incerteza científica que a medicina, apesar dos inúmeros progressos, ainda não conseguiu vencer, são talvez as maiores dificuldades que se nos apresentam. Pois, de facto, a raiz mais profunda da operacionalização da qualidade é de natureza matemática, sendo que os domínios ainda não iluminados pela ciência serão sempre de difícil abertura a metodologias da qualidade baseadas no controlo matemático das suas dimensões (Silva et al, 2004).

Segundo, os mesmos autores, ao longo do século XX foram sendo acrescentadas diversas dimensões mensuráveis da qualidade, a que se chamou componentes, atributos, factores e características, sendo de anotar as seguintes:

- **Qualidade científica e técnica**, ou seja a medicina baseada no estado mais actual das ciências médicas;
- **Acessibilidade**, a maior ou menor facilidade em obter serviços de saúde, tendo em conta obstáculos financeiros, espaciais, organizacionais, culturais, sociais e psicológicos;
- **Satisfação**, como medida que permite conhecer a maior ou menor efectivação das expectativas dos clientes principais, dos prestadores de cuidados e de outros clientes, como é o caso dos profissionais que fazem parte de uma organização;
- **Efectividade**, como a mudança operada no estado de saúde, de acordo com o que a ciência admite relativamente a determinado tratamento, em condições normais de intervenção. Podendo aplicar-se a noção de eficácia a condições ideais de intervenção;
- **Eficiência**, como relação entre o serviço e o seu custo, partindo dos pressupostos da maximização da efectividade e da produtividade, bem como, da minimização do respectivo custo;
- **Apropriação**, que corresponde à necessidade, à adequação, à conveniência, ou à correcção de um determinado serviço prestado. Podendo aplicar-se, por exemplo, ao nível do internamento hospitalar, medindo-se o grau de apropriação das decisões de internamento, bem como da demora média desse mesmo internamento;
- **Continuidade**, procurando-se medir o carácter não interrompido e coordenado da prestação de cuidados;
- **Oportunidade temporal**, ou seja, a prestação de cuidados no momento exacto em que os mesmos devem ser realizados, de acordo com o conhecimento científico existente e a situação de doença “janela de oportunidade”.

Também Ferreira (1991), citando Palmer, enumera dimensões para a qualidade nos serviços de saúde, sendo de acrescentar às já referidas: Eficácia, Eficiência, Acessibilidade e

aceitabilidade, a Competência do Prestador de Cuidados, como a capacidade deste em usar, nas tomadas de decisão, o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores sãos e satisfeitos. Referindo-se tanto às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal do prestador, bem como ao próprio sistema de prestação de cuidados e à maneira como este funciona na sua globalidade. Podendo em análise concluir-se que, numa organização de saúde, deve existir interacção entre as preocupações clínicas e não clínicas. Sendo possível destacar dois elementos: componente técnica dos cuidados de saúde que corresponde à função curar e a componente interpessoal dos cuidados de saúde que corresponde à função cuidar (Ferreira, 1991).

Nos tempos que correm, o trabalho em equipa apresenta-se como uma das actividades praticadas e exigidas por quase todas as organizações, representando mesmo uma “nova competência” profissional em que um dos requisitos fundamentais é a capacidade de relacionamento.

Feigenbaum define a qualidade como uma filosofia de gestão para atingir a excelência, entendendo-a como o único objectivo da organização. Para ele, a qualidade é determinada pelos clientes, exige trabalho em grupo, exige compromisso da gestão de topo e exige também “empowerment”, que se traduz na redução dos níveis hierárquicos e aumento da capacidade de decisão de todos (Godinho e Neto, 2001).

Ishikawa enfatizou a importância do trabalho em grupo e das ferramentas que lhe estão associadas (Pires, 2004). Desenvolveu o conceito de “Círculos de Qualidade”, entendendo-os como pequenas equipas que se reúnem periodicamente para investigar e resolver problemas de trabalho. Caracterizam-se estes ciclos, pelo voluntariado e pelo auto e inter-desenvolvimento, bem como pela participação, constituindo-se grupos que se auto-instruem nas matérias e cooperam entre si, de acordo com a área de especialização (Godinho e Neto, 2001).

O contributo de Tom Peters e Waterman é reconhecido pela introdução do conceito de “Excelência” nas organizações. Estes autores explicam, no famoso “In Search of Excellence”, que uma organização excelente possui oito características essenciais, a saber: inclinação para a acção; proximidade do cliente; autonomia individual; produtividade através das pessoas; criação de valores concretos; concentração no essencial; simplicidade formal; simultaneidade de rigidez e flexibilidade (Godinho e Neto, 2001).

De acordo com a norma ISO 9000:2000, a qualidade é definida como a “*capacidade de um conjunto de características intrínsecas a um produto, sistema ou processo, para satisfazer os requisitos dos clientes e de outras partes interessadas*” (ISO, 2001)

Após esta breve análise ao conceito da qualidade, podemos concluir que a qualidade de um produto ou serviço, embora tenha como propósito primário a satisfação do consumidor, tem outras e várias faces. Cabendo assim a cada organização a tarefa de identificar os benefícios de cada uma das diferentes dimensões da qualidade.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (1997), existem cinco razões para a importância da qualidade em saúde:

- profissionais, sendo uma aspiração dos profissionais de saúde melhorarem o seu desempenho e serem cada vez mais prestigiados;
- éticas, na medida em que os profissionais de saúde são responsáveis pela confiança que os cidadãos neles depositam;
- políticas, tendo em conta que a qualidade passou a ser uma preocupação estratégica;
- sociais, pela crescente exigência dos cidadãos;
- económicas, porque os recursos financeiros têm que ser bem geridos e utilizados, na medida que estes são escassos comparativamente com as necessidades.

Ficando assim reforçada, com esta abordagem da Direcção Nacional da Saúde, a ideia de que a qualidade em saúde poderá ser abordada de diferentes perspectivas.

A garantia da qualidade representa um assinalável avanço na gestão da qualidade nas instituições de saúde, uma vez que permite criar indicadores de natureza qualitativa, devidamente identificados e sensíveis aos desempenhos dos prestadores e dos serviços de saúde (Delgado, 1999).

2.2 Evolução da Qualidade

O entusiasmo actual com a qualidade pode-nos levar a incorrer no erro de a considerarmos um tema recente (Wilkinson, Redman, Snape e Marchington, 1998). No entanto, as preocupações com a qualidade são encontradas em civilizações tão antigas como a Egípcia, a Grega ou a Romana. Estas preocupações remontam à figura do artesão que concentrava em si as responsabilidades de concepção, produção, venda e assistência pós-venda. Com o crescimento dos aglomerados populacionais, estas responsabilidades foram transferidas para as oficinas, onde existiam o mestre, que desempenhava já algumas tarefas de direcção, o ajudante do mestre, no qual eram delegadas algumas funções, e o aprendiz, cujo trabalho era verificado pelos seus superiores. Esta tarefa de verificação foi a primeira diferenciação de actividades relacionadas com a qualidade. Com a Revolução Industrial, momento de grande escassez dos produtos manufacturados, a preocupação com a quantidade prevaleceu relativamente à exigência de qualidade (Pires, 2004).

A qualidade, tal como se nos apresenta actualmente, é resultado de uma evolução que tem como ponto de partida a massificação da produção industrial. Quando se pensou em controlar a qualidade nas indústrias de produção em série, essa função viu-se reduzida à inspecção do produto final e tentativa de separação de produtos defeituosos (Wilkinson et al, 1998).

Podemos resumir a evolução da qualidade em cinco principais etapas (Dale e Cooper:1995; Godinho e Neto: 2001). A primeira, a fase da inspecção da qualidade, na qual os produtos finais eram examinados com base na inspecção visual, separando-se os produtos com defeitos que deveriam ser inutilizados ou voltar ao processo produtivo para correcção. Esta actividade regular de inspecção da qualidade surgiu com a massificação da produção e foi, pela primeira vez, formalizada no período da I Guerra Mundial, a qual evidenciou os custos da não qualidade, principalmente ao nível dos equipamentos militares. Na segunda fase, a do controlo da qualidade, passou-se a dar maior atenção à definição das especificações dos produtos, desenvolvendo-se métodos e instrumentos para medir os desvios. Esta etapa corresponde ao período em que apareceram as técnicas estatísticas aplicadas ao controlo da qualidade, no início da década de 30. A terceira fase, a da garantia da qualidade, iniciada em meados da década de 50, teve origem nas grandes indústrias que começaram a exigir a garantia aos seus fornecedores. Sendo nesta fase, enfatizada a prevenção das falhas em detrimento da detecção, começando a ser levadas a cabo acções planeadas e sistematizadas para assegurar que o produto iria cumprir os requisitos exigidos pelo cliente. A quarta fase, a da gestão da qualidade em toda a organização, surgida no início dos anos 70, marca o momento em que o planeamento e a actividade de prevenção foram estendidos a todos os processos e níveis de gestão, promovendo-se um sistema de cooperação interno, conducente ao fornecimento de produtos e serviços em função das necessidades dos clientes. Passando a qualidade a ser encarada como uma oportunidade concorrencial. Por último, a fase da Gestão da Qualidade Total (TQM) iniciada nos anos 80, caracterizou-se por uma nova atitude de gestão decorrente do surgimento de novas ideias e práticas na área da qualidade.

Nos anos cinquenta surgem já as primeiras referências ao controlo da qualidade na saúde, com a criação nos Estados Unidos da América (EUA) da “Joint Commission on Accreditation of hospitals”, mas que apenas nos anos 90 daria lugar à tão prestigiada “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations” que estabelece e revê normas hospitalares para acreditação.

A necessidade de um sistema de qualidade na saúde foi identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua Recomendação 17/79 do Conselho de Ministros. Por deliberação desse conselho considerou-se o sistema de qualidade “um conjunto integrado de actividades planeadas baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (Biscaia, 2000).

Já em 1988 a OMS aconselhava os prestadores de cuidados a integrar nas suas práticas a “realidade” da economia que impõe a optimização dos meios face aos recursos limitados, tendencialmente finitos, para que sejam prestados cuidados de excelência, devendo os profissionais também e sempre avaliar a qualidade das suas práticas (Hubinon, 1998).

Embora só nos finais dos anos 80, através dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (DGH), a qualidade tenha começado a desenvolver-se na área da saúde, esta assume-se como uma inevitabilidade, pensamos que desejada, pela maioria dos colaboradores das organizações de saúde, a qual deverá fazer parte integrante de uma mais vasta cultura da qualidade.

Em Portugal, a qualidade dos serviços de saúde prestados assim como a sua avaliação ocupa cada vez mais espaço nas preocupações dos políticos, dos economistas, dos gestores dos serviços de saúde, dos enfermeiros, médicos e outros técnicos de saúde, bem como da população em geral. Fruto destas preocupações, a gestão da qualidade está em renovação. Esta traduz-se na implementação de programas de garantia da qualidade e na utilização de novos instrumentos de melhoria contínua. Traduzindo-se também no aparecimento de novos modelos para avaliar e medir a qualidade, tais como a auditoria e a monitorização.

2.3 Referenciais da Qualidade

Embora a história da qualidade remonte tão longe como a memória do Homem, e apesar dos notáveis desenvolvimentos ao longo de todo o século XX, até final dos anos oitenta não existiam ainda referenciais reconhecidos ou aceites universalmente que guiassem as organizações na implementação de sistemas da qualidade. Optando estas por diferentes abordagens, consoante a preferência dos gestores ou consoante normas nacionais ou sectoriais. A ausência de uniformidade de abordagens causava assim, alguma dispersão, verificando-se de certo modo, algumas contradições. (Saraiva et al, 2000)

Como resposta à necessidade de criação de documentos consensuais e universais de orientação para a implementação de sistemas de qualidade, surge em 1987, o modelo International Organization for Standardization (ISO) 9000, que viria a ser revisto em 1994 e posteriormente em 2000. Ano em que a sua família de normas viriam a sofrer acentuado processo de revisão, tendo sido criadas três normas: 9000:2000, 9001:2000 e 9004:2000. Tendo já em 2005 sido alterada a primeira das três, passando a designar-se de 9000:2005, bem como em 2008 foi também alterada a ISO 9001:2000, passando a designar-se de ISO 9001:2008.

Tendo a família das normas ISO 9000, sido desenvolvida para apoiar as organizações de qualquer tipo e dimensão, na implementação e gestão de sistemas de qualidade eficazes, esta é assim composta pela ISO 9000:2005 que se refere aos fundamentos e vocabulário, pela

ISO 9001:2008 no que se refere aos requisitos e pela ISO 9004:2000 no que se refere às linhas de orientação.

O sucesso de uma organização pode ser conseguido através da implementação e manutenção de um sistema de gestão da qualidade concebido de maneira a proporcionar de forma continuada uma melhoria de desempenho. Sendo identificados oito princípios de gestão da qualidade, que podem ser adoptados para a gestão de topo, de modo a obter-se o sucesso da organização através da melhoria do seu desempenho (ISO, 2009): Focalização no cliente; Liderança; Envolvimento das pessoas; Abordagem por processos; Abordagem da gestão como um sistema; Melhoria contínua; Abordagem à tomada de decisões baseadas em factos e Relações mutuamente benéficas com fornecedores.

Mas a gestão da qualidade não se limita e muito menos se esgota nas normas ISO, às quais, segundo alguns autores se tem dado um valor excessivo em Portugal e um pouco por toda a Europa. Pois de facto, as novas abordagens da qualidade requerem uma visão muito mais abrangente e direccionada para uma organização de excelência tendo por base os princípios da qualidade total.

Segundo Lourenço (2000) a Gestão pela Qualidade Total é entendida como comportamentos, actividades e iniciativas baseados nos seguintes conceitos: Focalização no cliente; Alianças com fornecedores; Desenvolvimento e envolvimento das pessoas; Processo e factos; Melhoria contínua e inovação; Liderança e consistência de objectivos; Responsabilidade pública e Orientação para resultados.

Como objectivo de incutir nas empresas um pensamento de competitividade e sobrevivência através de modelos organizacionais e de gestão baseados nos princípios da TQM, os governos têm sucessivamente criado prémios para as organizações que atingem níveis de Excelência. Estes prémios premeiam empresas que se destaquem pelo aumento da produtividade e competitividade e pela prática dos princípios da Gestão pela Qualidade Total (IPQ, 2009).

Mas estes programas sofreram ao longo dos anos contínuos desenvolvimentos no seu design e administração, pelo que os prémios mais conhecidos são: Deming, no Japão; Malcolm Baldrige, nos EUA; The European Quality Award (TEQA), na Europa e Prémio de Excelência - Sistema Português da Qualidade (PEX-SPQ) em Portugal. Baseando-se estes prémios num conjunto de critérios que servem de suporte à avaliação da organização, verificando-se entre eles, quando comparados, significativas semelhanças quanto aos critérios usados. Sendo a cada critério atribuída uma determinada pontuação final por um grupo de assessores externos. Estes prémios inicialmente, destinavam-se em exclusivo ao sector industrial, mas hoje o seu âmbito alarga-se aos serviços, sector público e instituições de ensino e saúde.

Apenas em 1999, o prémio Malcolm Baldrige Nacional Quality Award (MBNQA), é expandido ao sector da saúde, sendo em 2002 atribuído pela primeira vez a uma instituição de saúde (Evans, 2004).

De acordo com Kunts e Lemmink (2000), a gestão da qualidade nos hospitais apenas começou de facto a ganhar alguma notoriedade a partir dos anos 80, por influência dos governos, clientes e outras partes interessadas, bem como por influência da própria gestão hospitalar. Tendo o papel dos governos, como principais fornecedores de serviços de saúde, vindo a sofrer alterações. A preocupação que no passado se centrava apenas no financiamento, encontra-se hoje mais relacionada com organização, gestão e qualidade dos hospitais.

Em Portugal, nos finais dos anos 80, foram desenvolvidos vários projectos pelo Ministério da Saúde, sendo de salientar o normativo que obriga a criação de Comissões de Qualidade em torno dos estabelecimentos de saúde, o investimento em formação em Qualidade em Saúde e a divulgação de conceitos de dinamização de projectos de âmbito nacional, por parte da Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade na Direcção Geral de Saúde.

Com a “Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)”, a Qualidade foi assim assumida como uma das orientações estratégicas fundamentais, surgindo desta forma:

- A definição e assunção de uma política de Qualidade na Saúde, como indissociável da Política de Saúde;
- A concepção e definição do Sistema de Qualidade na Saúde;
- A criação do Concelho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS);
- O desenvolvimento de diversos projectos e programas de melhoria da qualidade e da metodologias para o seu reconhecimento formal, dos quais se destacam:
 - O projecto MoniQuOr (Monitorização da Qualidade Organizacional) dos Centros de Saúde e o protocolo do IQS com o King’s Fund Health Quality System para a área hospitalar;
 - A avaliação do grau de satisfação das expectativas dos utentes e dos profissionais de saúde, através de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa;
 - A medição de estádios de saúde;
 - A elaboração de Linhas de Orientação Clínica com participação das sociedades científicas;
 - Os diversos projectos de Melhoria Contínua;
 - O desenvolvimento das metodologias de acreditação em saúde. O QualiGest (Qualidade na Gestão), como modelo de auto-avaliação, desenvolvido em parceria com a APQ (Associação Portuguesa de Qualidade), baseado no modelo de excelência da EFQM.

2.4 O Modelo de Excelência da EFQM nos Serviços de Saúde

O Modelo de Excelência da EFQM tem vindo a ser apontado pelo Ministério da Saúde como um dos modelos de referência, tanto para a gestão como para a avaliação dos Serviços de Saúde. Convergindo esta decisão com as orientações do Secretariado para a Modernização Administrativa (SMA) para a Administração Pública em geral.

Muitos programas de garantia de qualidade falham porque não estão integradas na gestão de rotina dos processos de cuidados de saúde. A vantagem do modelo de excelência da EFQM é a sua possibilidade de implicação, tanto dos dirigentes como dos restantes colaboradores, permitindo uma abordagem abrangente e contribuindo para a comunicação entre gestores e restantes profissionais, visando a melhoria contínua da qualidade.

Vários estudos realizados comprovam a aplicabilidade e a fiabilidade do modelo de excelência da EFQM nos serviços de saúde, tanto na área hospitalar, bem como na área da prestação de cuidados de saúde primários.

Um estudo de secção transversal foi realizado através da aplicação de um questionário elaborado à luz dos critérios do modelo de excelência da EFQM a uma equipa de cuidados de saúde primários no atendimento a 42 mil habitantes em Espanha para comparar os escores alcançados numa auto-avaliação interna com a pontuação alcançada por uma avaliação realizada por auditores externos profissionais de gestão. A similaridade nos escores alcançados na auto-avaliação interna e pelos auditores externos permite tirar conclusões sobre a sua fiabilidade. Para muitos critérios, o escore da auto-avaliação dos profissionais de saúde são mais baixos do que os dos auditores externos, devido ao nível de auto-exigência. Por outro lado, os auditores externos eram profissionais auditores de gestão e não profissionais de saúde, podendo isso influenciar os resultados, dando melhores escores para alguns aspectos, tais como os resultados em saúde. Os autores do estudo (Badia; Solà; E-Rodríguez, Peguero, Contel-Segura, Joan; Moliner-Molins, Cristina 2001) afirmam que as características não-normativas do modelo de excelência da EFQM permite assim, que qualquer modelo de organização na área dos cuidados primários de saúde poderá usá-lo.

Num estudo realizado por Fernandes (2006) no Hospital Amato Lusitano (HAL) - Castelo Branco, desenvolvido com o objectivo de avaliar a possibilidade da utilização do modelo de excelência da EFQM como forma de implementação do processo de melhoria da qualidade. Os resultados obtidos permitiram considerar a possibilidade do modelo de excelência da EFQM poder ser uma ferramenta de elevada utilidade na implementação, avaliação e desenvolvimento da qualidade numa instituição de saúde.

Através da avaliação da consistência interna do modelo de excelência da EFQM, realizada pela aplicação de um modelo de equações estruturais, foi possível testar o nível de

significância das relações causais entre os critérios do modelo e dessa forma validá-lo empiricamente.

O referido estudo realizado, revela a existência de relações entre os critérios do modelo, podendo assim afirmar-se que com a melhoria no desempenho de determinado critério se obtêm melhores resultados em outros critérios. Podendo portanto concluir-se que o modo como os critérios são geridos influencia o nível de desempenho de outros critérios com os quais estão relacionados. Possibilitando assim, enunciar um conjunto de principais implicações na gestão do HAL, a partir da análise das relações entre os critérios do modelo.

Fernandes e Lourenço (2006), dizem-nos que a partir dos dados recolhidos no HAL foi possível verificar uma certa tendência para valores mais elevados relativamente aos critérios “Resultados”, quando comparados com os valores correspondentes aos critérios “Meios”. Concluindo-se, em termos globais, que os resultados do HAL são bastante satisfatórios.

Num hospital regional Italiano, tendo por objectivos estimular uma cultura de qualidade e identificar pontos fortes e áreas que requerem melhoria, foi realizado um processo de auto-avaliação a dois níveis, Administradores e Gestores de departamento, á luz dos critérios do Modelo de Excelência da EFQM. Segundo Verner (2007) os resultados, para além de demonstrarem que o processo de auto-avaliação através deste modelo é útil para outros hospitais, atestam também, que ele, por si só, potencia uma abordagem sistémica e intensifica a sensibilização para a qualidade.

Segundo a mesma autora, a abordagem através do questionário, demonstrou ser uma maneira simples, rápida e eficiente para conduzir o processo de auto-avaliação e uma forma útil de introduzir questões de Excelência a uma organização, pela primeira vez. Pois os profissionais tiveram que aprender e pensar sobre os critérios do modelo da EFQM e sobre as noções de gestão da qualidade. Administradores e gestores reconheceram que a avaliação do hospital os ajudou a olhar para além dos limites dos seus próprios serviços e departamentos individuais e adquirir uma visão mais sistémica de toda a organização.

Contrariamente ao anterior estudo aqui apresentado, este demonstrou que as áreas que requerem melhorias são critérios de resultado, principalmente, pessoas, sociedade e resultados do cliente. Tendo-se evidenciado uma boa correlação de opiniões entre os administradores de topo e gestores de departamentos, porém existindo diferenças significativas entre os diversos grupos profissionais e departamentos. Os resultados Chave de desempenho foram medidos e são positivos. No entanto, os resultados pessoas e a gestão são fracos, bem como, resultados clientes e sociedade não são positivos. Esse quadro é consistente para todo o hospital, no entanto, confirmam-se grandes diferenças entre os grupos profissionais e os diferentes departamentos.

Venero (2007) diz-nos que, analisando a qualidade geral do hospital, as pontuações variaram entre departamentos e entre médicos, enfermeiros e técnicos. Sendo a avaliação dos médicos superior à dos outros dois grupos profissionais em cinco dos dez departamentos do hospital. Em ambos os níveis de gestão do hospital a avaliação dos seus serviços identifica como principais pontos fortes a liderança, a política e a estratégia de parceria e recursos. Enquanto as áreas que requerem melhorias são os critérios de resultados, principalmente, pessoas, sociedade e resultados do cliente.

Sendo o Modelo de Excelência da EFQM a base deste estudo, no capítulo seguinte efectivamos a sua apresentação.

3 Modelo de Excelência da EFQM

A EFQM é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1988 por catorze empresas líderes a nível europeu, com a missão de “ser a força conducente à Excelência sustentável na Europa” com a visão de ‘um mundo no qual as organizações europeias são excelentes” (EFQM, 1999a - 2003a).

As organizações verdadeiramente excelentes são aquelas que empreendem esforços no sentido de satisfazer os “stakeholders” - todos os indivíduos ou grupos que têm impacto na organização, como clientes, colaboradores, parceiros, fornecedores, comunidade na qual a organização opera, e todos os que possuem uma relação financeira com a organização, através dos resultados alcançados e da forma como estes são atingidos. Esta é uma tarefa árdua perante a necessidade de sustentar as organizações num cenário de crescente competitividade global, rápida inovação tecnológica, alteração de processos e constantes mudanças nos panoramas económico, social e de clientes (EFQM, 1999a - 2003a).

O Modelo de Excelência da EFQM pretende promover, como fundamental, uma liderança apontada à Qualidade total, que integre a Qualidade industrial, o design, a inovação e internacionalização, tendo em vista a satisfação de clientes e colaboradores, a utilização racional de recursos e energia, o respeito pelo ambiente e a obtenção de melhores resultados (IPQ, 1999).

O modelo de excelência da EFQM lançado na Europa em 1991 e com recente remodelação em 2010, é um instrumento pedagógico, que identifica as melhores empresas e premeia organizações que melhores resultados alcançam na aplicação da gestão pela Qualidade Total. Concebido inicialmente para grandes organizações, depressa se notou a necessidade de o adaptar a organizações de menor dimensão e a organizações ligadas ao sector público. Qualquer empresa pode seguir o modelo para se auto-avaliar, detectar áreas onde existem deficiências e apurar a sua posição face às empresas excelentes. Qualquer empresa pode ainda seguir o modelo para detectar, assim, os seus pontos fortes e as áreas onde existem deficiências que necessitam de melhoria (APQ, 2009).

A sua aplicação numa qualquer organização que deseja alcançar sucesso é evidente e visível (Jackson, sd). Comprovando os benefícios da sua implementação, um estudo patrocinado pela EFQM e pela British Quality Foundation (BQF) que acompanhou o desempenho financeiro de empresas vencedoras de Prémios de Excelência ao longo de 11 anos, forneceu evidências

objectivas de que a implementação efectiva dos princípios do Modelo de Excelência da EFQM têm impacto nos resultados do negócio das organizações (APQ, 2009).

3.1 Conceitos Fundamentais

Segundo Lourenço (2000), no Modelo de excelência da EFQM, a Gestão pela Qualidade Total é percebida como comportamentos, actividades e iniciativas baseados em oito conceitos fundamentais. Assumindo todos a mesma importância, são retratados na figura 1.



Figura 1: Conceitos Fundamentais da Excelência - Fonte: EFQM (1999b- 2003b), pp.4

Os Conceitos Fundamentais da Excelência possuem um conjunto de ligações directas e indirectas aos diversos critérios e partes de cada critério do Modelo. Além disso, cada conceito pode, por si só, ter impacto sobre cada um dos outros conceitos (APQ, 2009). De seguida expõem-se os oito Conceitos Fundamentais de Excelência, segundo a EFQM (1999b - 2003b) e a APQ (2009):

Orientação para os Resultados

Excelência pressupõe alcançar resultados que atraem todos os ‘stakeholders’ da organização. As organizações excelentes são ágeis, flexíveis e responsáveis relativamente aos ‘stakeholders’ à medida que as suas necessidades e expectativas se alteram de forma acelerada e constante. Assim, as organizações excelentes monitorizam e antecipam as necessidades e expectativas dos seus ‘stakeholders’, as suas experiências, as suas percepções e revêm o desempenho de outras organizações. A informação reunida a partir dos ‘stakeholders’ é usada para estabelecer, implementar e rever políticas, estratégias, objectivos, metas, indicadores e planos, a curto, médio ou longo prazo. Obtendo como *benefícios*: motivação e valor acrescentado sustentável para os ‘stakeholders’; compreensão do desempenho visando a definição de objectivos; alinhamento e focalização em toda a organização.

Focalização no Cliente

Excelência implica criar valor sustentável para o cliente. As organizações excelentes conhecem e compreendem intimamente os seus clientes e entendem-nos como avaliador final da qualidade de um produto/serviço. Reconhecem que a fidelização e retenção dos clientes, bem como as conquistas de quota de mercado, são maximizadas através de uma clara focalização nas necessidades e expectativas dos clientes actuais e futuros; sendo assim, organizações sensíveis que agem antecipadamente na satisfação dessas necessidades. Constroem e mantêm excelentes relações com todos os seus clientes e respondem eficazmente quando algo não está bem. Garantindo como *benefícios*: enfoque na fidelização e retenção dos clientes; reforço da quota de mercado; sucesso sustentado da organização e compreensão das vantagens competitivas.

Liderança e Constância de Propósitos

Excelência visa uma liderança visionária e inspiradora, indissociada de uma constância de propósitos. As organizações excelentes têm líderes que definem e comunicam um rumo claro para as organizações. Através desta atitude, unificam e motivam outros líderes no sentido de inspirar os seus colaboradores e estabelecem para a organização valores, éticas, cultura e uma estrutura de administração, em direcção á excelência, que proporcionam uma identidade única e atractiva para os 'stakeholders'. Colhendo como *benefícios*: comportamentos modelo consistentes em toda a organização com clareza de propósitos e orientação, com valores partilhados e força de trabalho motivada, eficaz e confiante na organização.

Gestão por Processos e por Factos

Excelência é gerir a organização através de um conjunto de sistemas, processos e factos interdependentes e inter-relacionados. Na prática as organizações excelentes possuem um sistema de gestão eficaz baseado e concebido para responder às necessidades e expectativas de todos os 'stakeholders'. A implementação sistemática de políticas, estratégias, objectivos e planos da organização é conseguida e assegurada através de um conjunto de processos claramente definidos e integrados, de forma eficiente, geridos e melhorados numa base diária. Obtendo como *benefícios*: maximização da eficácia e eficiência na condução dos propósitos da organização e dos seus produtos e serviços e uma gestão de riscos eficaz com reforço da confiança dos 'stakeholders'.

Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas

Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento. Organizações excelentes identificam as necessidades de competências que possibilitam a implementação de políticas, estratégias, objectivos e planos na organização. Perante isto, as organizações recrutam e desenvolvem as suas pessoas de acordo com as

competências necessárias à organização e apoiam-nas activa e positivamente em todo o seu potencial. O desenvolvimento pessoal é preconizado e apoiado, permitindo a realização das pessoas e a libertação de todo o seu potencial, preparando-as para a adaptação á mudança. Existe assim, uma ideologia de reconhecer, recompensar e assistir as pessoas, de forma a ganhar o seu envolvimento e a sua lealdade para com a organização, no sentido de gerar e implementar oportunidades de melhoria. Conquistando como *benefícios*: aumento do valor do capital intelectual da organização com responsabilidade partilhada pelos propósitos e objectivos com pessoas comprometidas, leais e motivadas; melhoria contínua das competências e desempenho dos indivíduos.

Aprendizagem, Inovação e Melhoria Contínuas

Excelência é desafiar o ‘status quo’ e efectuar a mudança, utilizando a aprendizagem para desencadear a inovação e oportunidades de melhoria. As Organizações excelentes aprendem continuamente, não só com as suas próprias actividades e o seu desempenho, como com os de outros, através por exemplo de um ‘benchmarking’ rigoroso. Assimilam e partilham o conhecimento das suas pessoas de forma a maximizar a aprendizagem em toda a organização, existindo abertura para utilização das ideias de todos os ‘stakeholders’. Obtendo como *benefícios*: melhoria na criação de valor, da eficácia e eficiência; aumento da competitividade, com inovação nos produtos e serviços, através da partilha do conhecimento.

Desenvolvimento de Parcerias

Excelência é desenvolver e manter parcerias com valor acrescentado. As organizações excelentes reconhecem que, em mercados cada vez mais exigentes, o sucesso pode depender das parcerias que desenvolvem. Por isso, procuram e estabelecem parcerias com outras organizações, que lhes permitem gerar valor acrescentado para os ‘stakeholders’ através da optimização das competências cruciais. Podendo estas parcerias ser estabelecidas com os clientes, a sociedade, os fornecedores e até mesmo com a concorrência, convergindo para ganhos mútuos bem definidos. Tendo como *benefícios*: aumento do valor acrescentado para os ‘stakeholders’, aumento da competitividade, melhoria da eficácia e eficiência e aumento das probabilidades de sobrevivência da organização com riscos e custos partilhados.

Responsabilidade Social Corporativa

Excelência é exceder o enquadramento legal mínimo no qual a organização opera e empreender esforços para compreender e responder às expectativas dos ‘stakeholders’ na sociedade. As organizações excelentes adoptam abordagens altamente éticas perante os seus ‘stakeholders’, através de atitudes de transparência e de responsabilidade. Prestam particular atenção e promovem activamente a responsabilidade social e a sustentabilidade ecológica, tanto no presente como no futuro. Através do envolvimento *de todos*, estas organizações satisfazem e excedem as expectativas e as regulamentações das comunidades locais, regionais e até mesmo globais, evidenciando um comportamento socialmente

responsável. Além de gerirem os riscos, buscam e promovem oportunidades de trabalho com a sociedade, em projectos com ganhos mútuos. Têm a noção do impacto da organização na comunidade, e diligenciam no sentido de minimizar qualquer impacto adverso. Obtendo como *principais benefícios*: a valorização da sua imagem pública e aumento do valor da marca; melhor gestão do risco e da administração corporativa; motivação das pessoas e fidelização dos clientes; bem como reforço da confiança e crédito dos ‘stakeholders’.

3.2 Critérios

O Modelo de Excelência da EFQM é uma ferramenta preliminar para a avaliação e melhoria contínua da qualidade das organizações, tendo como meta a Excelência, baseado em 9 critérios. Sendo cinco “meios” e quatro “resultados”, como evidenciado na figura 2, onde os critérios “meios” abrangem aquilo que uma organização faz e os critérios “resultados” abrangem o que uma organização alcança. Os “resultados” são causados pelos “meios”, e os “meios” são melhorados utilizando o *feedback* dos “resultados”. As setas evidenciam a natureza dinâmica do modelo, mostrando a inovação e a aprendizagem como apoio na melhoria dos “meios”, os quais, por sua vez, conduzem a melhores “resultados” (APQ e EFQM, 2007).

Este Modelo parte da premissa de que um bom desempenho nos “meios” conduzirá a melhores “resultados”. O Modelo está suportado num sistema de pontuação, estando essa pontuação dividida 50% para os “meios” e 50% para os “resultados”, tendo cada critério uma pontuação específica de acordo com o grau de importância que lhe foi atribuída (figura2). Este sistema de pontuação permite, entre outras vantagens, a comparação das pontuações de uma organização com as de outras organizações (Reis, 2001).



Figura 2: Critérios do Modelo de excelência da EFQM - Fonte: EFQM (1999a -2003a), pp. 13

O Modelo reconhece a existência de várias abordagens para alcançar a Excelência sustentável em todos os aspectos do desempenho e baseia-se na seguinte premissa: Os Resultados Clientes, os Resultados Pessoas/Colaboradores e os Resultados Sociedade são alcançados

através da Liderança que conduz á Política e Estratégia, às Pessoas, às Parcerias e Recursos, bem como aos Processos, por forma a alcançar a excelência nos Resultados Chave de Desempenho (APQ e EFQM, 2007).

Os 9 critérios representam a forma através da qual uma organização pode ser avaliada no progresso rumo á Excelência. Para um maior desenvolvimento do significado geral, cada critério é suportado por sub-critérios que remetem para alguns aspectos que devem ser considerados no decurso de uma avaliação (APQ e EFQM, 2007).

Pires (2004) tal como a APQ (2009) e a EFQM (1999a -2003a) fazem referência aos critérios do modelo da EFQM, abaixo descritos.

Nos critérios **Meios** incluem-se:

Liderança: Como os líderes desenvolvem e facilitam o alcançar da missão e visão, desenvolvem valores e sistemas organizacionais necessários para o sucesso sustentável e implementam-nos através de acções e comportamentos.

Os líderes: desenvolvem a missão, visão e valores e actuam como modelos de uma cultura de excelência; estão pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da organização é desenvolvido, implementado e melhorado de uma forma contínua; permanecem envolvidos com clientes, parceiros e representantes da sociedade; motivam, apoiam e reconhecem as pessoas da organização.

Política e Estratégia: Como as organizações implementam a sua missão e visão através do desenvolvimento de uma estratégia focalizada nos *stakeholders* que tem em consideração o mercado e o sector nos quais operam.

A Política e Estratégica: são baseadas nas necessidades e expectativas das partes interessadas da organização; fundamentadas em informações sobre a medida do desempenho, investigação, aprendizagem e actividades criativas; desenvolvidas, revistas e actualizadas; desdobradas através de uma rede de processos-chave; comunicadas e implementadas.

Pessoas: Como as organizações gerem, desenvolvem e libertam o pleno potencial das suas pessoas, quer ao nível individual, de equipa ou da organização como um todo.

As pessoas: dialogam com a organização, são envolvidas e responsabilizadas; são recompensadas, reconhecidas e cuidadas; os recursos humanos são planeados, geridos e melhorados; os conhecimentos e competências das pessoas são identificados, desenvolvidos e sustentados.

Parcerias e Recursos: Como as organizações planeiam e gerem as suas parcerias externas, os fornecedores e os recursos internos de forma a apoiar a condução da política e estratégia e a operacionalidade eficaz dos seus processos.

A gestão financeira é efectuada e são geridas as parcerias externas, as instalações, os equipamentos, a tecnologia, bem como a informação e o conhecimento.

Processos: Como as organizações concebem, gerem e melhoram os seus processos, de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado aos seus clientes e outros *stakeholders*.

Os processos são: sistematicamente concebidos e geridos; melhorados à medida das necessidades, através de inovação, de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado aos clientes e a outras partes interessadas. As relações com os clientes são geridas e realçadas e os produtos e serviços são concebidos e desenvolvidos com base nas necessidades e expectativas dos clientes, sendo produzidos, entregues e assistidos.

Nos critérios **Resultados** incluem-se:

Resultados clientes

O que a organização está a alcançar relativamente aos seus clientes externos e que resultados relevantes as organizações medem e alcançam, de forma abrangente, em relação aos seus clientes. Medidas da percepção e indicadores de desempenho.

Resultados pessoas

Que resultados relevantes as organizações medem e alcançam, de forma abrangente, em relação às suas pessoas. Medidas da percepção e indicadores de desempenho.

Resultados sociedade

Que resultados relevantes as organizações medem e alcançam, de forma abrangente, em relação à sociedade. Medidas da percepção e indicadores de desempenho.

Resultados chave do desempenho

Que resultados relevantes as organizações medem e alcançam, de forma abrangente, em relação aos elementos chave da sua política e estratégia. Efeitos chave do desempenho e indicadores - chave do desempenho.

3.3 Aplicação do Modelo - dificuldades e vantagens

O processo de auto-avaliação possibilita que a organização se observe relativamente a todas as dimensões, colhendo informação factual quer sobre abordagens e métodos utilizados e implementados ao nível de toda a organização, quer sobre resultados obtidos. O modelo de Excelência da EFQM, além de utilizado como referencial na atribuição do Prémio Europeu da Qualidade e de prémios nacionais, como é o caso de no nosso país o PEX-SPQ, revela acima de

tudo, uma consistência estrutural e uma lógica de aplicação que o torna de elevada utilidade no progresso e melhoria das organizações.

O Modelo EFQM pode ser considerado como um modelo de implementação da Gestão pela Qualidade Total. Fornece os conceitos e os instrumentos que permitem a uma organização abordar de forma sistemática as mudanças estruturais, bem como os passos no sentido da melhoria contínua, que a Gestão pela Qualidade Total exige. Em primeiro lugar, as empresas que se candidatam aos Prémios de Excelência comprometem-se a disponibilizar informação relativa ao seu sistema de qualidade. Assim as empresas premiadas, para além de obterem notoriedade pública, útil para si próprias, podem ser vistas como exemplos a serem seguidos (Reis, 2001).

Segundo o mesmo autor, o modelo embora assente numa lógica simples, a metodologia de auto-avaliação encontra ainda fortes resistências na sua aplicação em Portugal, situação que se prende, entre outros motivos, às seguintes razões: uma grande orientação das organizações para outros modelos, nomeadamente o das normas ISO 9000; à grande amplitude do modelo de excelência, havendo ainda nas organizações alguma limitação na abordagem sistemática dos diferentes critérios; inexistência de uma prática sistemática de tratamento e ancoragem de informação factual relevante, assim com a inexistência de rotinas de análise e avaliação dessa mesma informação, dificultando um pleno exercício de auto-avaliação; finalmente a fraca liderança dos gestores, centraliza em demasia as questões da qualidade nos colaboradores.

O modelo oferece um investimento atractivo às organizações face ao tempo e aos recursos envolvidos, nomeadamente: uma visão holística da organização; permite visualizar as prioridades e focalizar as actividades de melhoria; proporciona uma forma prática e simples de adquirir experiência na Auto-Avaliação como meio de identificação e monitorização das acções de melhoria; oferece um ponto de partida para as organizações planearem as suas melhorias e um percurso migratório em direcção à Excelência; confere a oportunidade à organização de ser avaliada por um avaliador independente formado e licenciado pela APQ; permite demonstrar aos clientes actuais e potenciais que o reconhecimento é baseado na melhoria, oferecendo um claro potencial de *marketing* e proporciona ainda, uma linguagem comum para um diálogo eficaz com empresas consideradas como bem geridas e bem sucedidas, que utilizam o Modelo de Excelência da EFQM. (APQ e EFQM 2007)

Conhecido o Modelo de Excelência da EFQM, no qual se irá alicerçar este estudo, resta-nos conhecer um pouco do modelo organizacional da Organização onde este irá ser aplicado. Passando assim de seguida a apresentar, de forma sucinta o Modelo Organizacional das Unidades Locais de Saúde, expondo em particular a ULS da Guarda.

4 Unidades Locais de Saúde

O modelo de organização, que integra a gestão de várias unidades de saúde de uma região para otimizar a resposta dos serviços, foi iniciado em 1999 em Matosinhos e só a partir de 2007 voltou a ser aplicado. Em Fevereiro desse ano foi criada a ULS do Norte Alentejano e, em Setembro de 2008, as do Alto Minho, Baixo Alentejo e Guarda.

A constituição de uma ULS significa uma agregação funcional “em rede” de níveis diferentes de prestação de cuidados e um instrumento de articulação e complementaridade desses cuidados, onde a essência seja a melhoria substancial da circulação dos doentes entre os diferentes níveis de cuidados.

Constituídas como Entidades Públicas Empresariais (EPE), as ULS, segundo o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, têm por objecto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os respectivos meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

As ULS têm também por objecto desenvolver actividades de investigação, formação e ensino, dependendo a sua participação na formação de profissionais de saúde da respectiva capacidade formativa, podendo esta, ser objecto de contratos-programa em que se definam as respectivas formas de financiamento.

Quanto às suas atribuições, elas constam dos respectivos regulamentos internos, que são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

As ULS têm como missão formal identificar activamente as necessidades de saúde das populações por elas abrangidas e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com eficiência técnica e social.

Objectivam melhorar a interligação dos centros de saúde com os hospitais e com todas as outras entidades ligadas à saúde regional ou local. As ULS procuram:

- Rentabilizar a capacidade hospitalar instalada na região que a integra, através da definição de uma carteira de serviços de diagnóstico e terapêutica, disponíveis aos centros de saúde da sua área de atracção;
- Criar consultas hospitalares, regulares, nos centros de saúde a partir dos principais serviços hospitalares de referenciação;
- Articular projectos que visem uma boa continuidade dos cuidados de saúde;
- Instalar meios complementares de diagnóstico e terapêutica para os cuidados de saúde primários, numa base de parceria e cooperação entre os hospitais e os centros de saúde;
- Partilhar uma central de compras e de custos.

Materializando com todas estas medidas uma melhor articulação e optimização dos meios, maior proximidade dos cuidados e uma melhor gestão financeira.

São órgãos das ULS, o conselho de administração, o fiscal único e o conselho consultivo. O Conselho de Administração é composto por um presidente e quatro vogais. Sendo os seus membros nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado, em que, pelo menos, dois deles são médicos, um da especialidade de medicina geral e familiar e outro de uma especialidade hospitalar, e um enfermeiro. Competindo aos médicos referidos a direcção clínica da ULS e ao enfermeiro a respectiva direcção de enfermagem.

As ULS como modelo de gestão em saúde, respondem às recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), para que se integrem os prestadores de cuidados de saúde, procurando reduzir a ineficiência e a duplicação de actos, melhorar o fluxo de doentes no sistema e a articulação entre as várias instituições de saúde, bem como, melhorar a utilização da capacidade instalada e diminuir as “falsas” urgências hospitalares e “falsas” consultas de especialidade.

Constituídas como EPE, são assim por Decreto-Lei, *“pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro”*. Conforme refere Simões, citado por Harfouche (2008, pp.48) *“a empresarialização dos estabelecimentos e serviços públicos, é uma forma mínima de privatização submetendo a produção de serviço público a regras essencialmente privadas.”*

A sua superintendência pertence ao Ministro da Saúde, a quem compete aprovar os objectivos e estratégias através de orientações, fazer recomendações e elaborar directivas para prossecução das suas atribuições, designadamente nos seus aspectos transversais e comuns, definindo normas de organização e de actuação. Sendo a sua supervisão garantida pela possibilidade de exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da sua

actividade, bem como determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento (Artigo 6º, do Decreto-Lei nº 233/2005).

4.1 Implementando uma ULS

Acreditando que a génese de qualquer organização passa pelo envolvimento dos seus profissionais. A teoria da complexidade e a sua aplicação pode ajudar a compreender como desenvolver uma Rede de Cuidados de Saúde como estratégia para uma ULS. Sendo para isso necessário saber lidar com a diversidade e incerteza do quotidiano, bem como, saber potenciar as novas ideias, daí resultando soluções óptimas localmente encontradas, que puderam contribuir para o processo de inovação e de aumento de qualidade (Lapão, 2007).

Segundo Luís Velez Lapão (2008), uma ULS, sendo um sistema complexo, resulta da interacção dos vários profissionais com os cidadãos. Apostada na procura dos “óptimos locais” que puderam resultar das ligações estabelecidas da rede de cuidados e alicerçada numa multiplicidade de projectos que vão surgindo. Pode naturalmente fazer emergir uma cultura organizacional de colaboração e de procura contínua de melhorias da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Ainda segundo o mesmo autor, as organizações de saúde são como sistemas vivos, muito complexos, mas com capacidade de gerar estratégias para lidar com o paradoxo, com a diversidade e a incerteza através de mecanismos de interacção interna entre todos os seus profissionais. A gestão dos Sistemas de Saúde tem um propósito bem definido de contribuir para tornar os recursos utilizados mais eficientes e mais eficazes, utilizando-os onde eles têm maior impacto.

A natureza complexa da Saúde obriga a identificar e a desenvolver as capacidades necessárias para a organização responder à incerteza. E tanto os gestores como os seus colaboradores devem saber lidar com ela, percebendo que a acção é a chave, qualquer que seja a circunstância.

A compreensão dos fenómenos da complexidade pode ajudar a compreender e a aumentar a participação dos profissionais na saúde responsabilizando-os e atribuindo-lhe um papel mais activo na criação e desenvolvimento da ULS.

As unidades de saúde, como qualquer organização, face à incerteza, necessitam de ser geridas tendo por base uma estratégia, e não apenas a mera administração diária dos recursos. Para tal é crucial desenvolver um enquadramento estratégico considerando prioridades de distribuição dos recursos disponíveis, isto é, no contexto da complexidade, devem ser definidas as regras básicas (Luís Velez Lapão, 2008).

4.2 ULS da Guarda, EPE

A ULS da Guarda, EPE é constituída pelo Hospital Sousa Martins (HSM) - Guarda, pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA) - Seia e pelo ACES com doze dos catorze Centros de Saúde do Distrito: Manteigas, Sabugal, Pinhel, Almeida, Figueira Castelo Rodrigo, Mêda, Trancoso, Celorico, Fornos, Gouveia, Seia e Guarda, contemplando também este, uma Unidade de Saúde Familiar - a “Ribeirinha”.

Segundo o documento de Identificação da Empresa da ULS Guarda EPE, em seguida vou passar a apresentar a sua Missão e Visão; os seus objectivos; Políticas - princípios e valores; obrigações e termos contratuais da Prestação de Serviço Público, bem como o seu Modelo de Financiamento.

Missão e Visão

A ULS Guarda, EPE tem como **missão** proporcionar serviços públicos de saúde que permitam a maior abrangência de cuidados à população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral, num projecto partilhado e global que vise a obtenção de Qualidade, Acessibilidade, Eficácia e Eficiência, contribuindo também para o futuro sustentável do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Desenvolve ensino e investigação de alta responsabilidade, por integrar a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e colaborar com as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde e diferentes estabelecimentos de ensino secundário, superior e universitário.

A ULS Guarda, EPE tem como **visão** constituir-se como uma referência na prestação de cuidados, na vivência comunitária, na relação com os parceiros, na formação pré e pós graduada de novos prestadores de cuidados e na área da investigação.

Objectivos

A ULS Guarda, EPE tem como referencial comum o primado do cidadão, a conciliação das estratégias de saúde (regionais e nacionais) e a optimização dos recursos disponíveis. E deve prosseguir uma cultura orientadora de cuidados personalizados e de excelência, tendo por objectivos:

1. Proporcionar à população abrangida o acesso aos cuidados e a satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos;
2. Prestar cuidados de saúde de qualidade, em tempo oportuno, e em ambiente humanizado;
3. Desenvolver um nível de ensino das ciências médicas, de enfermagem, e das tecnologias da saúde, consentâneo com os padrões nacionais e internacionais;

4. Desenvolver a investigação clínica e científica, promovendo a afirmação da ciência e contribuindo para suportar iniciativas empresariais credíveis, nas áreas das tecnologias da saúde;
5. Eficácia, eficiência e oportunidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
6. Cumprir os contratos programa e os planos de acção;
7. Desenvolver projectos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, de saúde pública, familiar e escolar;
8. Desenvolver e fomentar a integração de cuidados de saúde, garantindo a complementaridade dos cuidados prestados aos cidadãos e promovendo sinergias entre os estabelecimentos hospitalares, centros e extensões de saúde, com vista à rentabilização e à melhoria dos cuidados de saúde prestados;
9. Criar dinâmicas de formação e investigação em que o conhecimento seja também um pólo de atracção de Recursos Humanos e desenvolver as acções de formação necessárias ao desempenho dos seus colaboradores, assegurando o seu desenvolvimento profissional.
10. Desenvolver funções de gestão partilhada e de infra-estruturas com capacidade de orientar e influenciar o sistema para garante da excelência pretendida.

Políticas da Empresa - Princípios e Valores

No desenvolvimento da sua actividade, a ULS Guarda, EPE e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes **princípios**: Legalidade, Igualdade, Proporcionalidade, Colaboração e Boa fé; Humanismo no relacionamento com os utentes e colegas de trabalho; Respeito pela dignidade humana; Qualidade nas prestações, com níveis de serviço e de resultados elevados; Competência e da responsabilidade.

Os **Valores** que orientam o comportamento e a actuação a ULS Guarda, EPE são: Atitude centrada no doente e na promoção da saúde pública e da comunidade, respeitando os valores do cidadão e da família; Cultura de excelência técnica, científica e do conhecimento, como um valor a prosseguir continuamente; Cultura interna de multidisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho; Responsabilidade Social, contribuindo para a optimização na utilização dos recursos e da capacidade instalada.

Obrigações de Serviço Público

A ULS Guarda, EPE tem como actividade principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, bem como

desenvolver actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respectiva capacidade formativa, podendo ser objecto de contratos-programa em que se definam as respectivas formas de financiamento.

Pretende-se dar uma resposta integrada e integradora, facilitando e favorecendo o acesso, oferecendo continuidade na prestação de Cuidados e utilizando de maneira eficiente os recursos disponíveis e que permitam a obtenção de maiores ganhos em Saúde da população da área de influência da ULS da Guarda, EPE.

Para que a missão seja cumprida o Conselho de Administração assume implicitamente os seguintes compromissos:

- Mudança centrada nos ganhos para o cidadão e para a comunidade;
- Adopção do lema: *“prestar aos utentes os cuidados certos, no momento certo, pela pessoa certa, num ambiente seguro”*;
- Criação de novas formas organizativas de modo a que, com os recursos disponíveis, ser responsável por uma melhoria da prestação e do acesso;
- Processo de decisão determinará quem é envolvido, como serão distribuídas as responsabilidades e a quem compete prestar contas;
- Respeito pelas obrigações nacionais, regionais e locais de modo a que a gestão contribua para um desenvolvimento sustentado e sustentável, devendo afirmar-se como uma referência do saber fazer, ser e estar;
- Respeito pela história e salvaguarda da autonomia e cultura técnico - profissional de cada uma das Instituições que integram a ULS da Guarda, EPE.

Termos Contratuais da Prestação de Serviço Público e Modelo de Financiamento

Anualmente, é celebrado com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) Instituto Publico (IP) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) IP um Contrato-Programa que define os termos contratuais da Prestação dos Cuidados de Saúde públicos a realizar pela ULS da Guarda, EPE. Sendo financiada nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei nº27/2002, de 8 de Novembro.

O referido Contrato-Programa define o modelo de financiamento subjacente à Prestação de Serviço Público, calculado através de um valor capitacional com base na população residente na área de influência a que está adstrito, correspondente ao distrito da Guarda (concelho de Almeida, Celorico da Beira, Figueira do Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Guarda, Gouveia, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso) apurado mediante uma metodologia estabelecida, do valor a pagar pelo internato médico e de realização de programas verticais, bem como de serviços contratados. O financiamento per capita atribuído para o ano de 2009 foi fixado o valor de 516,48 €.

5 Metodologias de Investigação

5.1 Enquadramento e Questões de Investigação

O Modelo de Excelência da EFQM tem sido internacionalmente usado enquanto modelo de gestão pela Qualidade Total e tem servido de base à avaliação das organizações (Pires, 2004). As organizações de saúde não são nisto excepção, como já referido na revisão bibliográfica, os diversos modelos de gestão/garantia da qualidade usados pelas organizações de saúde são justamente suportados pelo modelo EFQM. Sendo este Modelo de Excelência apontado pelo Ministério da Saúde como um dos modelos de referência, tanto para a gestão como para a avaliação dos Serviços de Saúde.

Recentemente criada, a ULS da Guarda tem necessidade de encarar a melhoria da qualidade dos serviços que presta como uma jornada contínua.

O Modelo de Excelência da EFQM é considerado como um modelo de implementação da Gestão pela Qualidade Total que fornece os conceitos e os instrumentos que permitem a uma organização abordar de forma sistemática as mudanças estruturais, bem como os passos no sentido da melhoria contínua, que a Gestão pela Qualidade Total exige. Ele permite a Auto-Avaliação como meio de identificação e monitorização das acções de melhoria, oferecendo um ponto de partida para as organizações planearem as suas melhorias e um percurso migratório em direcção à Excelência.

Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento. Segundo a Academia de Ciências de Lisboa (2001), a percepção é a “acção ou resultado de perceber, ideia mais ou menos clara de qualquer coisa, compreensão, intuição”. Fruto da sua experiência pessoal enquanto colaboradores da organização, a percepção é influenciada pelas vivências no trabalho e pelas comparações que os colaboradores fazem entre a organização e outras entidades empregadoras, bem como pela imagem e reputação da organização.

Nesta perspectiva e atendendo ao exposto, propomos como objectivo central:

- Avaliar a percepção dos colaboradores da ULS da Guarda quanto à qualidade da Organização à luz dos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM.

De acordo com a EFQM, a auto-avaliação permite que uma organização identifique os seus pontos fortes e as áreas a necessitar de melhoria, e apresenta um quadro de referência comum de qualidade, que constitui a base para uma cultura de qualidade.

Sendo a ULS da Guarda um modelo organizacional que integra a gestão das várias unidades de saúde da região, constituída pelos dois hospitais e pelo ACES com doze dos catorze centros de saúde existentes no distrito, com colaboradores de muitas e diferentes classes profissionais. Assume assim pertinência avaliar se existe diferença, estatisticamente significativa, quanto à percepção dos diferentes colaboradores da ULS da Guarda no que respeita à qualidade da Organização prestadora de serviços de saúde, tendo em conta as diferentes instituições e serviços de saúde em que exercem a sua actividade profissional, bem como considerando as suas diferentes categorias funcionais.

A investigação a que nos propomos, procura aprender o que as pessoas percebem, pensam e sentem em ambientes naturais, tratando-se assim, de um estudo empírico, descritivo, analítico, não experimental que coloca a sua ênfase no quotidiano da ULS da Guarda EPE.

Perante o exposto, a partir do modelo de excelência da EFQM, e de acordo com a proposta de investigação, são levantadas as seguintes questões centrais:

- Quais são os pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria na ULS da Guarda EPE?
- As diferentes áreas de prestação de cuidados, instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade profissional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização?
- A função inerente à categoria funcional dos colaboradores influencia a sua percepção da qualidade da organização?

Constituindo-se assim, estas questões de investigação, como objectivos específicos deste estudo, incorporados pela formulação das hipóteses.

5.2 Formulação de Hipóteses

Uma hipótese é um enunciado antecipado sobre a natureza das relações entre dois ou mais fenómenos, representando uma explicação provisória e uma definição do conceito implicado na percepção do fenómeno, são soluções experimentais ou respostas aos problemas de pesquisa, encontrados no mundo real. A hipótese pode ser considerada teórica ou empírica, constituindo a primeira o elemento principal da teoria, não sendo como tal verificável, enquanto a segunda - empírica, enquanto derivada ou deduzida da teoria, tem que ser confirmada ou verificada empiricamente (Polit e Hungler, 1995).

Segundo Zabada, Asubonteng e Munchus (1998), o conceito de qualidade é difícil de interiorizar no sector dos serviços e mais difícil ainda nos serviços de saúde. Os autores apontam como causas desta dificuldade a existência de múltiplos participantes envolvidos em cada prestação, cada um com os seus próprios interesses e a existência de subculturas poderosas nos hospitais, cada uma com a sua própria perspectiva do que deve ser a qualidade e de como o trabalho deve ser feito.

Neste âmbito formulam-se as seguintes hipóteses:

H₁: Não existe diferença, estatisticamente significativa, no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES da ULS da Guarda.

H₂: Não existe diferença, estatisticamente significativa, no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos diferentes departamentos de cuidados de saúde da ULS da Guarda.

H₃: Não existe diferença, estatisticamente significativa, no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das diferentes categorias funcionais da ULS da Guarda.

Todas as hipóteses iram ser testadas para os nove critérios do modelo de Excelência da EFQM.

5.3 Técnicas e Medidas Estatísticas

De acordo com Stevenson (1986), a estatística compreende três ramos: o primeiro denominado estatística descritiva que utiliza os números para descrever factos - compreende a organização, o resumo e, em geral a simplificação de informações que podem ser muito complexas e cuja finalidade é tornar as coisas mais fáceis de entender, de relatar e discutir. O segundo relaciona-se com a probabilidade - serve para analisar situações que envolvem o acaso. O terceiro ramo é a inferência e diz respeito à análise e interpretação de resultados.

Para o processamento dos dados propomos a utilização do software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 16 para o Windows.

Para alcançar o objectivo central do trabalho de investigação, bem como responder à primeira questão formulada, serão apresentados os níveis de percepção dos colaboradores da ULS da Guarda quanto à qualidade da Organização respeitante aos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM. E para darmos resposta às duas restantes questões centrais levantadas iremos testar a diferença entre as médias correspondentes á percepção dos colaboradores quanto a cada um dos critérios do modelo relativamente aos diferentes grupos da amostra.

Assim, neste estudo, as variáveis correspondentes aos critérios do Modelo da EFQM vão ser usadas para testar a existência ou não de relações. Recorrendo-se assim, à análise da variância, um método estatístico que, ao testar a igualdade de médias entre grupos, permite apurar se existem diferenças entre dois ou mais grupos de uma mesma população.

Para alcançar os objectivos específicos a que nos propomos, será então necessário testar as 27 hipóteses formuladas. Envolvendo todas elas a comparação de médias da qualidade percebida pelos colaboradores e tratando-se da comparação de diferenças entre as médias provenientes da percepção de mais do que dois grupos da nossa amostra propomo-nos usar a análise da variância (ANOVA). Porém, quando os pressupostos da *one-way ANOVA* não se verificarem e, como tal, não for possível testar a hipótese de igualdade das médias entre grupos, aplicaremos o *Teste de Kruskal-Wallis*.

Na hipótese H_1 comparamos os parâmetros da qualidade percebida pelos colaboradores das três diferentes instituições: HSM, HNSA e ACES, à luz de cada um dos critérios do modelo de Excelência da EFQM ($H_{1.1}$, $H_{1.2}$, $H_{1.3}$, $H_{1.4}$, $H_{1.5}$, $H_{1.6}$, $H_{1.7}$, $H_{1.8}$, $H_{1.9}$).

Na hipótese H_2 comparamos os parâmetros da qualidade percebida pelos colaboradores das sete diferentes áreas de prestação de cuidados: Departamento médico, Departamento Cirúrgico, Departamento da Mulher e da Criança, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento de Urgência, Áreas de Suporte à Prestação de Cuidados e Departamento de Cuidados de Saúde Primários, à luz de cada um dos critérios do modelo de Excelência da EFQM ($H_{2.1}$, $H_{2.2}$, $H_{2.3}$, $H_{2.4}$, $H_{2.5}$, $H_{2.6}$, $H_{2.7}$, $H_{2.8}$, $H_{2.9}$).

Na hipótese H_3 comparamos os parâmetros da qualidade percebida pelos colaboradores das seis categorias funcionais: Médicos, Enfermeiros, Administrativos, Assistentes Operacionais, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros Técnicos superiores de saúde à luz de cada um dos critérios do modelo de Excelência da EFQM ($H_{3.1}$, $H_{3.2}$, $H_{3.3}$, $H_{3.4}$, $H_{3.5}$, $H_{3.6}$, $H_{3.7}$, $H_{3.8}$, $H_{3.9}$).

5.4 Instrumento de Colheita de Dados

Atendendo às características do estudo e à população que este envolve, seleccionámos como instrumento de colheita de dados para o trabalho de investigação empírica que nos propomos realizar o questionário, por nos parecer o mais adequado quer ao tipo de estudo, quer às características da amostra.

Foi construído um questionário, tendo por base a revisão bibliográfica efectuada, sobretudo a que respeita aos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM e nas informações recolhidas no questionário de Fernandes (2006).

O questionário foi organizado em nove grupos de afirmações, que correspondem aos nove critérios do modelo da EFQM. Grupos constituídos por múltiplas afirmações, para as quais cada inquirido deverá indicar a sua concordância. Ao tratar-se de um questionário do tipo fechado, o inquirido deverá seleccionar a sua escolha entre 10 alternativas possíveis: de 1 - totalmente em desacordo a 10 - totalmente de acordo.

A escolha de uma escala de 10 pontos deve-se ao facto de que esta assegura uma maior fiabilidade, como defende Kanji e Wallace citado por Fernandes (2006), bem como citado pelo mesmo autor nos diz Fornell et. al., que a sua utilização, comparativamente com uma escala de 5 ou 7 pontos, esta possibilita uma maior discriminação em termos de resposta por parte dos inquiridos, reduzindo os problemas estatísticos de assimetria.

Para além dos nove grupos de afirmações, que correspondem aos nove critérios do modelo de excelência da EFQM. Temos um grupo de identificação, que se torna obrigatório pela necessidade de estratificação da amostra. Sendo neste questionado: a instituição e o serviço onde é exercida a actividade profissional; função; idade; sexo; habilitações literárias; tempo de exercício de funções na organização e natureza do vínculo contratual.

Após elaboração da primeira versão do questionário procedeu-se a um pré-teste junto de alguns médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais. Este procedimento possibilitou perceber pequenas dificuldades na interpretação das afirmações e comprovou uma extensão, talvez um pouco excessiva, do questionário. Pelo que foram efectuados pequenos ajustes facilitando a interpretação mas tendo sido mantida o mesmo número de questões e assim a extensão do questionário.

Foram assegurados todos os princípios éticos inerentes aos inquiridos e á informação recolhida. E quanto aos procedimentos administrativos, foi redigido um pedido ao Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda E.P.E. (Anexo I) para cedência da respectiva autorização para a recolha de dados, referindo-lhe tratar-se de um trabalho exclusivamente académico.

5.5 Definição da Amostra

Constituem a ULS da Guarda EPE o HSM Guarda, o HNSA - Seia, e o ACES com doze Centros de Saúde: Manteigas, Sabugal, Pinhel, Almeida, Figueira Castelo Rodrigo, Mêda, Trancoso, Celorico, Fornos, Gouveia, Seia e Guarda, integrando também este último uma Unidade de Saúde Familiar - “Ribeirinha”. A população do nosso estudo é constituída pela totalidade dos colaboradores da ULS da Guarda.

Na tentativa que a amostra fosse o mais representativa possível da população, o questionário aplicado neste estudo de investigação (Anexo II) foi por nós distribuído em todos os serviços

hospitalares e na totalidade dos Centros de Saúde do ACES, contando com a colaboração dos responsáveis dos serviços. Tendo sido recolhidos no total 311 questionários correctamente preenchidos, respondidos por colaboradores das diferentes categorias funcionais, com maior participação de enfermeiros e médicos.

A distribuição dos questionários iniciou-se em meados de Maio e a sua recolha terminou apenas em Setembro do corrente ano, tendo decorrido cerca de 5 meses, necessários pela grandeza da população, bem como pelas dificuldades inerentes à distribuição geográfica dos serviços abrangidos. Mas pensamos que só assim foi possível a obtenção de uma amostra mais representativa e fiel à verdadeira percepção dos colaboradores participantes no estudo. Correspondendo o número de questionários preenchidos e validados a uma amostra de 17,1% da população em estudo.

6 A Percepção dos Colaboradores à Luz do Modelo da EFQM

Os questionários distribuídos pelos colaboradores da ULS da Guarda foram respondidos por funcionários de todas as categorias funcionais da organização, com excepção dos dirigentes. Na primeira parte deste capítulo, é realizada uma breve análise estatística descritiva dos dados obtidos, que possibilita uma sumária caracterização da amostra recolhida. Na segunda parte do mesmo, utilizam-se os dados recolhidos para avaliar a percepção dos colaboradores da ULS da Guarda quanto à qualidade da Organização à luz dos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM, bem como comparar as médias dos resultados obtidos para cada critério e assim poder testar as hipóteses formuladas e atestar se as diferentes instituições e serviços de prestação de cuidados em que os colaboradores exercem a sua actividade profissional, bem como a função inerente à sua categoria funcional influenciam a sua percepção da qualidade da organização.

6.1 Caracterização da Amostra

A amostra é composta por 311 questionários respondidos por colaboradores da ULS da Guarda com diversas funções na organização. Procurou-se na medida do possível obter questionários respondidos e validados de todas as categorias funcionais, propósito esse que foi parcialmente conseguido.

Objectivando a homogeneidade de participação de colaboradores de todas as valências de cuidados, foram recolhidos questionários em todos os diferentes serviços, tanto de cuidados primários como hospitalares, desde serviços de internamento, de consultas, de reabilitação, urgência até aos serviços de suporte à prestação de cuidados, em todos houve similar participação dos colaboradores. Ultrapassando as dificuldades inerentes à dispersão geográfica dos serviços de saúde abrangidos pela ULS, é de salientar a participação neste estudo de colaboradores de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde da ULS da Guarda, desde a totalidade dos Centros de Saúde do ACES, à totalidade dos serviços hospitalares do HSM e HNSA que como é observável através da tabela 1, tiveram níveis de participação proporcionais ao número de colaboradores que essas instituições comportam.

Tabela 1 - Distribuição da Amostra por Instituição

Local de Trabalho	Nº de questionários	% de questionários	Nº de funcionários	% de funcionários
Hospital Sousa Martins	168	54%	981	54,1%
Hospital Nossa Senhora da Assunção	34	11%	179	9,9%
Agrupamento de Centros de Saúde	109	35%	588	32,4%
Sede	0	0%	66	3,6%
TOTAL	311	100%	1814	100%

Perante a inexistência de departamentos formalmente constituídos na ULS da Guarda, para facilitar o estudo e responder a um dos objectivos propostos, tendo por base as características específicas de cada um dos diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde da ULS, estes, à imagem de outras organizações de saúde portuguesas, foram agrupados em sete departamentos (Anexo III), cuja distribuição da amostra apresentamos na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da Amostra por departamento

Departamentos	Nº de questionários	% de questionários
Departamento Médico	80	25,7
Departamento Cirúrgico	39	12,5
Departamento da Mulher e da Criança	15	4,8
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	9	2,9
Departamento de Urgência	13	4,2
Áreas de Suporte à Prestação de Cuidados	46	14,8
Departamento de Cuidados de Saúde Primários	109	35,1
TOTAL	311	100

Na tabela 3 apresentamos a constituição da amostra distribuída pelas diferentes categorias funcionais. Pela análise dos valores percentuais é observável a participação de colaboradores de todas as categorias profissionais, com excepção dos dirigentes, bem como é perceptível a

relação da percentagem de participação de cada categoria profissional na amostra comparativamente à sua presença no contingente da ULS da Guarda.

Tabela 3 - Distribuição da Amostra por Categoria Funcional

Categoria funcional	Nº de questionários	% de questionários	Nº de funcionários	% de funcionários
Médico	57	18,3%	281	15,5%
Enfermeiro	197	63,3%	601	33,1%
Assistente Técnico	17	5,5%	235	12,9%
Assistente Operacional	25	8%	531	29,3%
Técnico de diagnóstico e terapêutica	8	2,6%	103	5,7%
Outros técnicos superiores de saúde	7	2,3%	54	3%
Dirigentes	0	0%	9	0,5%
TOTAL	311	100%	1814	100%

É observável uma elevada colaboração dos enfermeiros, seguida dos médicos, dando assim cumprimento ao objectivo de forte participação de ambas as classes. No que respeita à representatividade das diferentes categorias funcionais na amostra é de notar aceitável similaridade relativa ao contingente de colaboradores da ULS, com excepção dos assistente operacionais, em que se verificou uma fraca participação destes colaboradores, talvez por acrescidas dificuldades na compreensão e no preenchimento do questionário resultante da sua baixa formação académica.

A idade dos colaboradores que participaram neste estudo, foram agrupadas em quatro classes etárias, cujas frequências são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da Amostra por Classes Etárias

Classe Etária	Frequência	Percentagem
< a 30 anos	58	18,6 %
[30 anos - 40 anos]	103	33 %
[40 anos - 50 anos]	94	30,1 %
> 50 anos	56	18 %

Tendo a maioria dos colaboradores idades compreendidas entre os 30 e 40 anos, a sua média situa-se nos 40,16, sendo a mediana de 40 e a moda de 42 anos. No que respeita à idade mínima e idade máxima, elas são respectivamente 23 e 62 anos.

No que respeita ao **sexo** dos inquiridos, 223 são do sexo feminino e 88 do sexo masculino, correspondendo a 71,7 % e 28,3 % respectivamente.

Quanto às suas **habilitações literárias**, 13 colaboradores (4,2%) têm apenas o ensino básico, 25 (8%) completaram o ensino secundário e 273, correspondendo a 87,5 % da amostra, têm o ensino superior.

No que diz respeito aos **anos de trabalho na organização**, 25 colaboradores (8%) trabalham na organização à menos de 2 anos, 47 (15,1%) entre 2 a 5 anos, 52 (16,7%) entre 5 a 10 anos e 187 colaboradores (60,1%) trabalham na organização à mais de 10 anos.

Finalmente, quanto à natureza do vínculo contratual, 217 colaboradores (69,8%) trabalham com contrato de funções públicas, 18 (5,8%) com contrato administrativo de provimento, 55 (17,7%) com contrato individual de trabalho, 11 colaboradores (3,5%) trabalham em prestação de serviço e 10 (3,2%) com outro tipo de vínculo contratual.

Terminada a caracterização da amostra, passamos em seguida ao tratamento e à análise dos dados recolhidos, no que respeita à percepção dos colaboradores à luz do modelo da EFQM.

6.2 Análise dos dados recolhidos - pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria

O Modelo de Excelência da EFQM como ferramenta preliminar para a avaliação e melhoria contínua da qualidade das organizações, tem como meta a Excelência, baseado em 9 critérios. Sendo cinco “meios” e quatro “resultados”, onde os critérios “meios” abrangem aquilo que uma organização faz e os critérios “resultados” abrangem o que uma organização alcança.

Facilitando o processo de auto-avaliação, este possibilita que a organização se observe relativamente a todas as dimensões, colhendo informação factual quer sobre abordagens e métodos utilizados e implementados ao nível de toda a organização, quer sobre resultados obtidos.

De acordo com a EFQM, a auto-avaliação permite que uma organização identifique os seus pontos fortes e as áreas a necessitar de melhoria, e apresenta um quadro de referência comum de qualidade, que constitui a base para uma cultura de qualidade. Embora não tendo

este estudo, como propósito primordial, realizar uma avaliação da organização, os dados recolhidos permitem-nos fazê-lo.

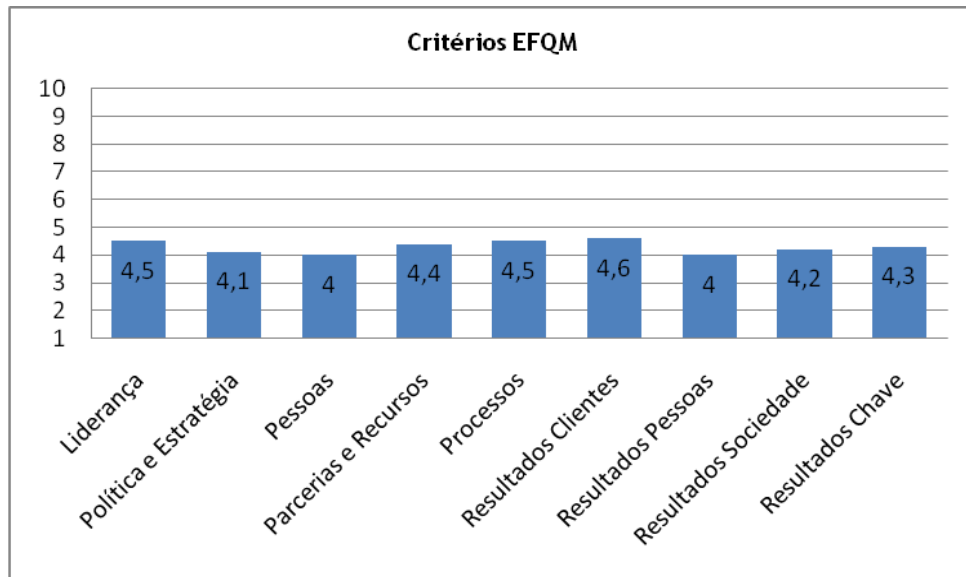


Figura 3 - Valor médio das respostas para cada critério do modelo de Excelência da EFQM

Como é observável no gráfico 1, os valores da média de cada critério estão na sua totalidade abaixo do valor médio da escala (5,5), sendo o mais elevado e assim o mais próximo, o valor para Resultados Clientes com 4,6 e surgindo bem mais abaixo e assim mais afastados, os valores para Gestão e para Resultados Pessoas. Os valores encontrados para os critérios Meios são idênticos aos encontrados para os critérios Resultados.

Poderemos assim, apontar como pontos fortes os resultados clientes, processos e liderança e a necessitar de melhoria os meios e resultados pessoas, bem como Política e Estratégia.

Segundo o Modelo de EFQM, no que respeita à atribuição de prémios de qualidade, as organizações são pontuadas numa escala de 0 a 1000 pontos, existindo cinco diferentes níveis de excelência (APQ, 2009). Muito embora estejamos na presença de medidas com valores resultantes de diferentes moldes de avaliação, não nos escusamos de comparar os resultados obtidos neste estudo com a pontuação alcançada por organizações excelentes, em que a classificação de 300 pontos (que corresponde ao valor 3 da nossa escala) permite alcançar o primeiro nível de excelência, podendo assim atestar que os resultados da ULS da Guarda são satisfatórios. Mas se considerarmos que os colaboradores que participaram neste estudo são desconhecedores dos pressupostos do modelo da EFQM, valores para a globalidade dos critérios abaixo do valor médio da escala de valores, indiciam resultados menos positivos da qualidade da organização.

6.3 Análise dos dados recolhidos - Verificação e discussão das Hipóteses

De acordo com os objectivos apresentados para este estudo, este capítulo ocupa-se da verificação e discussão das hipóteses formuladas e apresentadas em 5 Metodologia de Investigação e está organizado em três subsecções. Na primeira, testa-se a 1ª Hipótese da investigação e discutem-se os resultados quanto às diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES. Na segunda, tendo como referência a 2ª Hipótese, debate-se as diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos diferentes departamentos de cuidados de saúde. Na terceira, analisam-se as diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das diferentes categorias funcionais, tendo em vista a confirmação ou rejeição da 3ª Hipótese de investigação. Face ao enquadramento conceptual que serviu de fio condutor a este trabalho, ao longo de cada secção sistematizam-se as principais conclusões a retirar da discussão efectuada.

Neste estudo, as variáveis correspondentes aos critérios do Modelo da EFQM vão ser usadas para testar a existência ou não de relações. Recorrendo-se assim, à análise da variância, um método estatístico que, ao testar a igualdade de médias entre grupos, permite apurar se existem diferenças entre dois ou mais grupos de uma mesma população. Permitindo assim saber se diferentes níveis das variáveis independentes afectam a variável dependente.

Também como já foi referido em 5 Metodologia de Investigação, esta análise tem como base a decomposição da variância na soma de várias componentes **independentes**. Nesta análise, tipo *one-way*, existe uma variável dependente, cuja variação vai ser decomposta numa componente explicada por um factor independente e numa outra componente não-explicada ou residual. De acordo com a literatura, a validade desta análise está dependente da verificação dos pressupostos de homocedasticidade e da normalidade dos resíduos (Hair et al., 2006). Neste sentido é recomendada a realização de vários testes, designadamente o *Teste de Levene* e o *Teste de Kolmogorov-Smirnov*. Porém, quando os pressupostos da *one-way ANOVA* não se verificam e, como tal, não é possível testar a hipótese de igualdade das médias entre grupos, é aconselhada a aplicação do *Teste de Kruskal-Wallis*, que passaremos a aplicar.

As **variáveis independentes** consideradas neste estudo são: Instituição, Departamento e Categoria profissional. Enquanto as **variáveis dependentes** são as médias dos níveis de percepção dos colaboradores quanto aos nove critérios do modelo da EFQM. Em seguida, tal como Reis e Ferreira (2000) sugerem, faz-se uso de dois procedimentos sequenciais. No primeiro, testa-se a hipótese global de igualdade de médias entre os grupos. No segundo, se

as diferenças entre médias forem estatisticamente significativas, recorre-se ao respectivo processamento e utilizam-se testes adicionais para explicar as diferenças encontradas.

Assim sendo, e para confirmar se as nossas variáveis verificavam os pressupostos da utilização da ANOVA, antes de iniciarmos o processamento da análise da variância, **one-way ANOVA**, foi necessário aferir os pressupostos de homogeneidade das variâncias e de normalidade. Para tal, efectuaram-se os **testes de Levene** (Anexo IV) e **de Kolmogorov-Smirnov** (Anexo V), tendo-se concluído que apenas em alguns dos critérios poderia ser aplicado este procedimento.

Com efeito, para um nível de **significância de 5%**, oito dos critérios respeitam, em simultâneo, os pressupostos requeridos para percepção da qualidade segundo critérios EFQM para Instituição; no que respeita a critérios para Departamento sete confirmam simultaneidade, enquanto para critérios EFQM para Categoria Funcional apenas 2. Isto é, apenas estes critérios respeitam, quer o preceito de igualdade das variâncias, quer o da normalidade dos resíduos.

Finalmente de referir, que sempre que se aplique a ANOVA, procederemos à aplicação do procedimento Studente-Newman-Keuls (SNK) aos critérios em que as diferenças forem validadas para saber como as médias se diferenciam entre si e qual o seu “peso”, pois o SNK é o teste recomendado quando o número de observações em cada grupo não são iguais.

6.3.1 Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES

Sendo a ULS da Guarda um modelo organizacional que integra a gestão das várias unidades de saúde da região, constituída pelos dois hospitais e pelos doze dos catorze centros de saúde existentes no distrito, apresenta-se como pertinente avaliar se existe diferença, estatisticamente significativa, quanto à percepção dos seus colaboradores no que respeita à qualidade da Organização prestadora de serviços de saúde, tendo em conta as diferentes instituições de saúde que a constituem.

Para testarmos a 1ª Hipotese, assumindo um nível de **significância de 5%**, os critérios Política e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave respeitam, em simultâneo, a homocedasticidade e a normalidade para percepção da qualidade segundo critérios EFQM para Instituição, pelo que para estes será aplicada a ANOVA (AnexoVI), enquanto para o critério Liderança pela Direcção aplicaremos o *Teste de Kruskal-Wallis (Anexo VII)* para testarmos a H_1 .

Conjugando os resultados apurados com os procedimentos recomendados podemos concluir que dos nove critérios da EFQM para Instituição, oito revelaram-se estatisticamente significativos e apenas um não significativo como apresentados na tabela 5, ou seja:

Tabela 5 - Critérios e seu nível de significância - *Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Instituição*

Critérios EFQM para Instituição	ANOVA Sig.	Kruskal Wallis Sig.
Liderança pela Direcção		0,000
Política e Estratégia	0,000	
Gestão Pessoas	0,000	
Parcerias e Recursos	0,000	
Processos	0,000	
Resultados Clientes	0,377	
Resultados Pessoas	0,032	
Resultados Sociedade	0,021	
Resultados Chave	0,043	

- a) Existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES nos critérios Liderança pela Direcção; Política e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave;
- b) Não existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores do HSM, do HNSA e do ACES no critério Resultados Clientes.

Face aos resultados obtidos, a existência de diferenças significativas em oito dos critérios EFQM e tendo presente as **Hipóteses 1** da nossa investigação, podemos proceder à **validação de H_{1.6}** e à **rejeição de H_{1.1}, H_{1.2}, H_{1.3}, H_{1.4}, H_{1.5}, H_{1.7}, H_{1.8} e H_{1.9}**. Importando agora, perceber qual o seu peso e entre que grupos essas diferenças se apresentam. Aplicando para isso, o procedimento SNK para os sete critérios em que as diferenças foram validadas pela ANOVA e apresentando o valor do Ranking perceptível pelo teste Kruskal-Wallis (AnexoVII) para as diferenças no critério restante, conforme nos mostram respectivamente as tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Resultados do procedimento Student-Newman-Keuls - Instituição

Instituição	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Política e Estratégia			
Hospital Sousa Martins	168	3,7560	
ACES ULS Guarda	109	4,2128	
Hospital N. S. Assunção	34		5,4441
Sig.		,123	1,000
Gestão Pessoas			
Hospital Sousa Martins	168	3,6548	
ACES ULS Guarda	109	4,1789	
Hospital N. S. Assunção	34		5,7812
Sig.		0,088	1,000
Parcerias e Recursos			
Hospital Sousa Martins	168	4,0908	
ACES ULS Guarda	109	4,5130	
Hospital N. S. Assunção	34		5,4363
Sig.		0,137	1,000
Processos			
Hospital Sousa Martins	168	4,2480	
ACES ULS Guarda	109	4,4794	
Hospital N. S. Assunção	34		5,5466
Sig.		0,407	1,000
Resultados Pessoas			
Hospital Sousa Martins	168	3,8773	
ACES ULS Guarda	109	4,1179	
Hospital N. S. Assunção	34		4,7172
Sig.		0,417	1,000
Resultados Sociedade			
Hospital Sousa Martins	168	3,9788	
ACES ULS Guarda	109	4,3394	4,3394
Hospital N. S. Assunção	34		4,7680
Sig.		0,204	0,131
Resultados Chave			
Hospital Sousa Martins	168	4,1402	
ACES ULS Guarda	109	4,4623	4,4623
Hospital N. S. Assunção	34		4,8889
Sig.		0,274	0,148

Como é observável na tabela 6 as diferenças são expressivas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das três instituições. Comprovando-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o HSM e o HNSA nos sete critérios apresentados: Política

e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave.

A percepção da qualidade da organização dos colaboradores do HSM é a que apresenta valores mais baixos, com diferenças estatisticamente significativas nos sete critérios, quando comparados com os valores de percepção dos colaboradores do HNSA, que se apresentam como os mais elevados das três instituições.

São também observáveis diferenças estatisticamente significativas entre o ACES e o HNSA nos critérios Política e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Pessoas. Enquanto nos critérios Resultados Sociedade e Resultados Chave, essas diferenças não se comprovam.

Entre o HSM e o ACES, não se observam diferenças estatisticamente significativas, embora apresentando valores médios de percepção dos seus colaboradores diferentes, estes têm valores aproximados.

Tabela 7 - Ranking teste Kruskal-Wallis - Instituição

	Instituição	N	Mean Rank
Liderança pela Direcção	Hospital Sousa Martins	168	139,26
	Hospital N S Assunção	34	217,72
	ACES ULS Guarda	109	162,55
	Total	311	

Segundo o Ranking do teste Kruskal-Wallis, também no critério Liderança pela Direcção, são os colaboradores do HSM que apresentam valores de percepção da qualidade mais baixos, seguidos por ordem crescente, pelos valores apresentados pelos colaboradores do ACES e do HNSA.

Em síntese, entre todos os oito critérios, onde foram observadas diferenças estatisticamente significativas, foram os colaboradores do HSM que atribuíram os valores de percepção da qualidade mais baixos, enquanto os colaboradores do HNSA foram aqueles que manifestaram os valores mais elevados.

6.3.2 Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos diferentes departamentos de cuidados de saúde

A constituição de uma ULS significa uma agregação funcional “em rede” de níveis diferentes de prestação de cuidados e um instrumento de articulação e complementaridade desses cuidados, onde a essência seja a melhoria substancial da circulação dos doentes entre os diferentes níveis de cuidados, revelando-se assim importante perceber se existem diferenças estatisticamente significativas no nível de percepção da qualidade, entre os colaboradores dos diferentes departamentos de cuidados de saúde da ULS da Guarda.

Para testarmos a hipótese 2, assegurando de novo um nível de **significância de 5%**, os critérios Política e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave respeitam, em simultâneo, a homocedasticidade e a normalidade para percepção da qualidade segundo critérios EFQM para Departamento, pelo que para estes, também agora será aplicada a ANOVA (Anexo VI), enquanto para o critério Liderança pela Direcção aplicaremos o *Teste de Kruskal-Wallis (Anexo VII)* para testarmos a H_2 .

Como podemos concluir pelos dados apresentados na tabela 8, dos nove critérios da EFQM para departamento, apenas um se revela estatisticamente significativo, sendo os oito restantes critérios não significativos para um nível de significância de 5%, ou seja:

Tabela 8 - Critérios e seu nível de significância - Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Departamento

Critérios EFQM para Departamento	ANOVA Sig.	Kruskal Wallis Sig.
Liderança pela Direcção	0,142	
Política e Estratégia	0,032	
Gestão Pessoas	0,097	
Parcerias e Recursos	0,164	
Processos		0,089
Resultados Clientes		0,303
Resultados Pessoas	0,222	
Resultados Sociedade	0,169	
Resultados Chave	0,479	

- a) Existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos sete diferentes departamentos da ULS no critério Política e Estratégia.
- b) Não existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos sete diferentes departamentos da ULS nos critérios Liderança pela Direcção; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave.

Verificando-se apenas diferenças significativas no critério Política e Estratégia e tendo presente as **Hipóteses 2** da nossa investigação, podemos proceder à **validação de $H_{2.1}$, $H_{2.3}$, $H_{2.4}$, $H_{2.5}$, $H_{2.6}$, $H_{2.7}$, $H_{2.8}$, $H_{2.9}$** e à **rejeição de $H_{2.2}$** . Restando-nos agora, aplicar o procedimento SNK para perceber qual o peso e entre que grupos essas diferenças se verificam quanto ao critério Política e Estratégia.

Tabela 9 - Resultados do procedimento Student-Newman-Keuls - Departamento

Política e Estratégia			
Departamento	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Departamento da Mulher e da Criança	15	2,8667	
Departamento Cirúrgico	39	3,7769	3,7769
Áreas de Suporte à Prestação de Cuidados	46	3,8065	3,8065
Departamento de Urgência	13	4,2077	4,2077
Departamento de Cuidados de Saúde Primários	109	4,2128	4,2128
Departamento de Psiquiatria e Saúde mental	9	4,2889	4,2889
Departamento Médico	80		4,4675
Sig.		0,088	0,791

Como nos comprovam os dados da tabela 9, apenas se denotam diferenças estatisticamente significativas entre o Departamento da Mulher e da Criança com os valores médios mais baixos e o Departamento Médico, que contrariamente a este, se destaca com os valores médios mais elevados.

6.3.3 Diferenças no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das diferentes categorias funcionais

Sendo a ULS da Guarda um modelo organizacional complexo que integra a gestão das várias unidades de saúde da região, os seus recursos humanos agregam colaboradores de muitas e diferentes categorias funcionais. Assumindo assim pertinência avaliar se existe diferença, estatisticamente significativa entre as diferentes categorias funcionais quanto à sua percepção da qualidade da Organização.

Para testarmos a hipótese 3, assegurando também um nível de **significância de 5%**, os critérios Liderança pela Direcção e Gestão Pessoas respeitam, em simultâneo, a homocedasticidade e a normalidade para percepção da qualidade segundo critérios EFQM para Categoria Funcional, pelo que para estes, será aplicada a ANOVA (Anexo VI), enquanto para os restantes critérios: Política e Estratégia; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave, aplicaremos o *Teste de Kruskal-Wallis (Anexo VII)* para testarmos a H_3 .

Conjugando os resultados apurados com os procedimentos recomendados podemos concluir que dos nove critérios da EFQM para Departamento, cinco revelaram-se estatisticamente significativos e quatro não significativos como apresentados na tabela 10, ou seja:

Tabela 10 - Critérios e seu nível de significância - Teste ANOVA e Kruskal-Wallis - Categoria Funcional

Critérios EFQM para Categoria Funcional	ANOVA Sig.	Kruskal Wallis Sig.
Liderança pela Direcção	0,222	
Política e Estratégia		0,147
Gestão Pessoas	0,006	
Parcerias e Recursos		0,008
Processos		0,041
Resultados Clientes		0,048
Resultados Pessoas		0,038
Resultados Sociedade		0,076
Resultados Chave		0,074

- a) Existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das seis diferentes categorias funcionais da ULS nos critérios Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes e Resultados Pessoas;
- b) Não existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das seis diferentes categorias funcionais da ULS nos critérios Liderança pela Direcção; Política e Estratégia; Resultados Sociedade e Resultados Chave.

Face aos resultados obtidos, existência de diferenças estatisticamente significativas nos critérios Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes e Resultados Pessoas e tendo presente as **Hipóteses 3** da nossa investigação, podemos proceder à **validação de H_{3.1}, H_{3.2}, H_{3.8}, H_{3.9}** e à **rejeição de H_{3.3}, H_{3.4}, H_{3.5}, H_{3.6}, H_{3.7}**.

Importa agora, perceber qual o seu peso e entre que grupos essas diferenças se apresentam. Aplicando para isso, o procedimento SNK para o critério em que as diferenças foram validadas pela ANOVA e apresentando o valor do Ranking perceptível pelo teste Kruskal-Wallis nos restantes critérios em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, conforme nos mostram respectivamente as tabelas 11 e 12.

Embora para o critério Gestão Pessoas, a ANOVA aplicada com um nível de **significância de 5%**, comprova existirem diferenças estatisticamente significativas, aplicado o procedimento Studente-Newman-Keuls com igual nível de significância isso não se verifica. Pelo que, aqui passaremos a aplicar o procedimento SNK com um nível de **significância de 10%**, cujos resultados também são observáveis pela tabela 11.

Tabela 11 - Resultados do procedimento Studente-Newman-Keuls - Categoria Funcional

Gestão Pessoas					
Categoria Funcional	N	Subset for alpha = 0.05		Subset for alpha = 0.1	
		1	2	1	2
Médico	57	3,2831		3,2831	
Enfermeiro	197	3,5976		3,5976	3,5976
Administrativo	17	3,6094		3,6094	3,6094
Assistente Operacional	25	4,1504		4,1504	4,1504
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	8	4,2054		4,2054	4,2054
Outros Técnicos Superiores de Saúde	7	5,1700			5,1700
Sig.		0,55		0,639	0,130

Para o critério Gestão Pessoas, como é perceptível pelos dados da tabela 11, para um nível de significância de 10%, apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre Médicos e os outros Técnicos Superiores de Saúde. Sendo também observável e assim de referir, que os Médicos são os colaboradores que apresentam valores de percepção da qualidade da organização mais baixos, seguidos com valores ligeiramente mais elevados, pelos Enfermeiros, Administrativos, Assistentes Operacionais e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Enquanto os Outros Técnicos Superiores de Saúde se destacam com o valor mais elevado de percepção da qualidade da organização.

Tabela 12 - Ranking teste Kruskal-Wallis - Categoria Funcional

Categoria Funcional		N	Mean Rank
Parcerias Recursos	Médico	57	126,63
	Enfermeiro	197	156,57
	Administrativo	17	157,06
	Assistente Operacional	25	209,92
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	8	179,94
	Outros Técnicos Superiores de Saúde	7	156,57
	Total	311	
Processos	Médico	57	140,07
	Enfermeiro	197	153,12
	Administrativo	17	155,41
	Assistente Operacional	25	211,20
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	8	169,69
	Outros Técnicos Superiores de Saúde	7	155,29
	Total	311	
Resultados Clientes	Médico	57	158,46
	Enfermeiro	197	149,84
	Administrativo	17	128,50
	Assistente Operacional	25	202,60
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	8	199,31
	Outros Técnicos Superiores de Saúde	7	160,21
	Total	311	
Resultados Pessoas	Médico	57	136,31
	Enfermeiro	197	156,76
	Administrativo	17	132,71
	Assistente Operacional	25	205,62
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	8	172,88
	Outros Técnicos Superiores de Saúde	7	155,07
	Total	311	

Da observação dos dados apresentados na tabela importa salientar que os valores mais baixos de percepção da Qualidade da Organização, foram atribuídos pelos Médicos nos critérios Parcerias e Recursos; e Processos, seguidos pelos Enfermeiros em ambos os critérios e pelos Outros Técnicos Superiores de Saúde no critério Processos. Enquanto para Resultados Clientes e Resultados Pessoas, os valores mais baixos de percepção são dos Administrativos, seguidos pelos Enfermeiros no critério Resultados Clientes e pelos Médicos nos Resultados Pessoas.

Os Assistentes Operacionais foram aqueles que atribuíram os valores mais elevados de percepção da Qualidade da Organização nos quatro critérios EFQM apresentados, seguidos pelos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

-

7 Conclusões e Propostas de Trabalho Futuro

7.1 Conclusões

Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento. Enquanto colaboradores, fruto da sua experiência pessoal na organização, a sua percepção é influenciada pelas suas vivências no trabalho, por comparações entre outras organizações que conhecem, bem como pela imagem e reputação da organização. Face a este entendimento ao longo deste estudo, procurou-se, a partir do modelo de excelência da EFQM, identificar os pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria na ULS da Guarda e perceber se as diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade profissional, assim como a sua categoria funcional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização. Tendo em consideração os objectivos definidos, estamos assim em condições de deixar expressas as seguintes conclusões desta investigação:

No que respeita à qualidade da Organização, poderemos apontar como pontos fortes os Resultados Clientes, Processos e Liderança e a necessitar de melhoria os Meios e Resultados Pessoas, bem como Política e Estratégia. Evidenciando-se assim um défice da Organização no que respeita ao desenvolvimento e envolvimento dos seus colaboradores e sobressaindo bons níveis de satisfação dos clientes. Os valores encontrados para os critérios Meios são idênticos aos encontrados para os critérios Resultados, contrariando outros estudos que apontam para diferenças entre estes.

Existem diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores dos dois hospitais da ULS quanto aos critérios Liderança pela Direcção; Política e Estratégia; Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade e Resultados Chave do Desempenho. Coexistindo estas diferenças também entre o ACES e o HNSA, com excepção nos critérios Resultados Sociedade e Resultados Chave em que não existem diferenças entre as duas instituições. Entre o HSM e o ACES, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Para o critério Liderança pela Direcção, são os colaboradores do HSM que apresentam valores de percepção da qualidade mais baixos, seguidos por ordem crescente, pelos colaboradores do ACES e do HNSA. Entre todos os oito critérios, onde foram observadas diferenças estatisticamente significativas, foram os colaboradores do HSM que atribuíram os valores de percepção da

qualidade mais baixos, enquanto os colaboradores do HNSA foram aqueles que manifestaram os valores mais elevados.

Entre os diferentes Departamentos apenas foram observáveis diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade para o critério Política e Estratégia, entre os colaboradores do Departamento da Mulher e da Criança com os valores médios mais baixos e o Departamento Médico, que contrariamente a este, se destaca com os valores médios mais elevados. Para todos os outros critérios, da investigação resultou não haver diferenças estatisticamente significativas o que se diferencia de outros estudos, em que estas diferenças se manifestam.

Corroborando outras investigações, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível da percepção da qualidade, entre os colaboradores das diferentes categorias funcionais da ULS nos critérios Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos; Resultados Clientes e Resultados Pessoas.

Mas contrariamente a outros estudos, os valores mais baixos de percepção da Qualidade da Organização, foram atribuídos pelos Médicos. Sendo isso válido para os critérios Gestão Pessoas; Parcerias e Recursos; e Processos, para os quais se seguem os Enfermeiros também com valores mais baixos que as restantes Categorias Funcionais. Enquanto para Resultados Clientes e Resultados Pessoas, os valores mais baixos de percepção são dos Administrativos, seguidos pelos Enfermeiros no critério Resultados Clientes e pelos Médicos nos Resultados Pessoas. Os Outros Técnicos Superiores de Saúde foram aqueles que atribuíram os valores mais elevados de percepção da Qualidade da Organização no critério Gestão Pessoas, enquanto para os critérios Parcerias e Recursos; Processos, Resultados Clientes e Resultados Pessoas, os valores mais elevados foram atribuídos pelos Assistentes Operacionais.

Em síntese, podemos concluir que as diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade, assim como a sua categoria funcional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização.

Finalmente, é de salientar que a abordagem através do questionário demonstrou ser uma maneira simples, rápida e eficiente para conduzir o processo de auto-avaliação e uma forma útil de introduzir questões de Qualidade de Excelência a uma organização, pela primeira vez. Pois os profissionais tiveram que pensar sobre os critérios do modelo da EFQM e assim sobre as noções de gestão da qualidade, contribuindo desta forma, para intensificar a sensibilização para a qualidade.

7.2 Propostas de Trabalho Futuro

São limitações deste estudo razões intrínsecas ao próprio uso do modelo EFQM. Pois tendo esta investigação por base os critérios do modelo, pressupôs um processo simples de auto-avaliação da organização através de questionário, onde as percepções de alguns dos “stakeholders”, colaboradores e simultaneamente potenciais clientes, foram estimadas. Visando apenas, identificar os pontos fortes e áreas a necessitar de melhoria quanto à qualidade da organização, segundo a percepção dos seus colaboradores, bem como, procurar diferenças entre instituições, departamentos e categorias funcionais. Enquanto a essência do modelo de excelência da EFQM, sugere a gestão pela Qualidade Total como um processo mais complexo e que se quer contínuo, percebendo comportamentos, actividades e iniciativas, numa lógica radar. Seguindo uma metodologia rigorosa de gestão que define ciclos de aprendizagem necessários para uma efectiva mudança na gestão, e fornece um quadro de pontuação para avaliação consistente entre as actividades e objectivos organizacionais.

Embora o carácter “inovador e reformador” do modelo de gestão que caracteriza o projecto ULS tenha sido a razão primeira, que motivou a realização deste estudo. A realidade da ULS da Guarda, como uma organização recém-criada, poderá também ser entendida como uma limitação com que esta investigação se confrontou. Pois, novas estruturas estão em construção e novos projectos funcionais e de comunicação estão ainda em fase de implementação e desenvolvimento na ULS. Pelo que, os resultados esperados das novas dinâmicas de gestão implementadas, ainda não são observáveis na actividade da organização, nem são ainda perceptíveis pelos seus colaboradores. Ao que teremos que juntar, as naturais resistências à mudança, bem como, o desconhecimento dos pressupostos do modelo de qualidade da EFQM que alicerçou este estudo.

Com este trabalho de investigação foi possível, não só realizar um processo de auto-avaliação da ULS da Guarda, bem como comprovar que as diferentes instituições e departamentos, em que os colaboradores exercem a sua actividade, assim como a sua categoria funcional, influenciam a sua percepção da qualidade da organização. Objectivando a Qualidade de Excelência e julgando útil o envolvimento dos colaboradores em todo o processo, seria importante que outras investigações fossem realizadas tendo por base a percepção dos colaboradores à luz dos critérios da EFQM. Assim, sugerem-se algumas propostas para futuras investigações:

- Sendo a ULS da Guarda uma organização recém-criada, tendo apenas cerca de um ano e meio de actividade, seria útil a realização do mesmo estudo num futuro próximo para assim se poderem comparar os resultados obtidos, percebendo possíveis resultados de mudança, num processo que se quer contínuo;

- Realização de idêntica investigação em outras organizações de Saúde, de igual ou diferente modelo organizacional;
- Efectivação do estudo aplicado aos diferentes níveis de gestão da ULS da Guarda, após formação acerca do modelo de Excelência da EFQM. Sendo assim possível obter resultados de um processo de auto-avaliação consolidado pelo conhecimento prévio do Modelo, bem como poder comprovar haver diferenças estatisticamente significativas entre dirigentes - responsáveis pela Administração e chefes de serviço à luz dos critérios do Modelo da EFQM. Contribuído assim para uma abordagem sistémica da Organização e uma visão holística desta.

8 Bibliografia

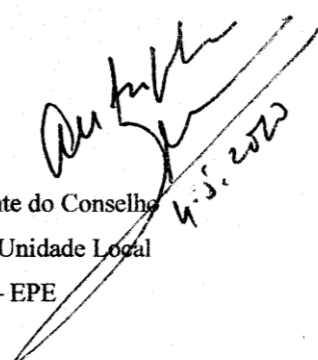
- Academia das Ciências de Lisboa (2001): *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, Instituto de Lexicologia e Lexicografia, Lisboa, Editorial Verbo;
- APQ e EFQM (2007): *Committed to Excellence - Apoiar as organizações na decisão de candidatura*, Brochura Informativa, 3.Edição, Abril, editora APQ E EFQM;
- APQ (2009), acedido em www.apq.pt a 28-03-2009 21:30;
- Badia, Joan; Solà, Gloria; E-Rodríguez, Peguero, Contel-Segura, Joan; Moliner-Molins, Cristina (2001): "O modelo de excelência EFQM é útil para as equipas de cuidados de saúde primários", *Family Practice* 2001; 18, pp. 407-409;
- Biscaia, José Luís (2000): "Qualidade uma perspectiva conceptual", *Qualidade em Saúde*, ano 1º, nº 0, Junho, pp. 8;
- Dale, B.; Cooper, C. (1995): *Qualidade Total e Recursos Humanos*, Lisboa, Editorial Presença;
- Delgado, Manuel (1999) "O presente e o futuro dos Hospitais Portugueses: Algumas notas de reflexão", 6º Encontro da APES - Livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES, Lisboa;
- Deming, W. E.(1982): *Out of the Crisis*, Cambridge, Massachusetts, EUA, Massachusetts Institute of Technology;
- Deming, W. E. (1986): *Out of the Cris*, Cambridge University Press;
- EFQM (1999a - 2003a): "Introdução á Excelência", V1.1/P;
- EFQM (1999b -2003b): "Os Conceitos Fundamentais da Excelência", V1.1/P;
- Eiriz, Vasco; Figueiredo, José António (2004): "Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde", *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Vol. 3, N.º 4 (Outubro-Dezembro), pp. 20 - 28;
- Evans, James R.; Lindsay, William M. (2004): *The Management and Control of Quality*, South-Western College Pub - 6th Edition;
- Fernandes, António (2006): "O Modelo da EFQM na Melhoria da Qualidade: O estudo das relações entre os critérios do modelo no hospital Amato Lusitano", UBI, Covilhã;
- Fernandes, António; Lourenço, Luís (2010): *O Modelo de Auto-avaliação da EFQM no Processo de Melhoria da Qualidade: O Hospital Amato Lusitano*, UBI, Covilhã;
- Ferreira, Pedro Lopes (1991): "Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, Outubro;
- Fortan, Marie-Fabienne (2006): *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Loures, Lusodidacta;
- Garvin, D. A. (1987): "Competing on the Eight Dimensions of Quality". *Harvard Business Review*, November-December, pp. 101-109;
- Godinho, M. J. e Neto, S. C. (2001): *Qualidade: uma prática secular*, Lisboa, Secretariado para Modernização Administrativa;
- Hair, J.; Black, W.; Babin, B.; Anderson, R. e Tatham, R. (2006): *Multivariate data analysis*, New Jersey, Pearson Prentice Hall;
- Harfouche, A.P. (2008): *Hospitais transformados em Empresas, Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, Edição do Instituto superior de Ciências Sociais e Políticas;

- Hubinon, Myriam (1998): “Management des unités de soins”, Paris, De Boeck & Larcier;
- IPQ - Instituto Português da Qualidade. Prémio de Excelência Sistema Português da Qualidade (1999): “Modelo de Auto-Avaliação e Manual de Candidatura - Grandes Empresas. Ministério da Economia, Instituto Português da Qualidade”, Caparica;
- IPQ (2009), acessido em www.ipq.pt/backimages/proexcelencia2.jpg a 15/04/2009 23:30;
- Internacional Organization for Standardization - ISSO (2001): “Norma NP EN 9000:2000 Sistema de Gestão da Qualidade Fundamentos e Vocabolário”, Lisboa, IPQ;
- Internacional Organization for Standardization - ISO (2009), acessido em <http://www.iso.ch> a 10-06-09 17:20;
- Jackson, Sue (sd): “Modelo de excelência da EFQM- Conceitos e benefícios”, p 30-32, acessido em www.apq.pt a 29-03-2009 23:30;
- Juran, J. M., Gryna, Frank M. (1993): “Quality Planning and Analysis”, Mc Graw Hill, Industrial Engineering Series - 3th Edition;
- Kunts, Paul; Lemmink, Jos (2000): “Quality management and business performance in hospitals: A search for success parameters”, Total Quality Management, Vol. 11, nº 8. December, pp. 1123-1134;
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1995): “Metodologia do Trabalho Científico”, S. Paulo, Editora Atlas;
- Lapão Luís Velez (2008): “Como agarrar o potencial das Unidades Locais de Saúde”, acessido em www.igov.org a 12-04-2010;
- Leite, E; Malpique, M; Santos M. R. (1989): “Trabalho de Projecto - aprender por projectos centrados em problemas”, Porto, Edições Afrontamento;
- Library Association (1994): “Information Quality and Liability”, London, Library Association;
- Lourenço, Luís (2000) “Modelos de excelência na implementação da gestão pela qualidade total”. II seminário Luso-Espanhol de Economia Empresarial, Covilhã, 24 de Novembro;
- Pestana, Maria H.; Gageiro João N. (2008): “Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS”, Lisboa, Edições Sílabo Lda. - 5^a Edição;
- Pires, António R. (2004): “Qualidade - sistemas de gestão da qualidade”, Lisboa, Edições Sílabo, Lda. - 3^a Edição;
- Polit, D.; Hungler, B. P. (1995): “Fundamentos de Pesquisa”, Porto Alegre, Artes Médicas - 3^a Edição;
- Portugal, Assembleia da República, Lei nº 27/2002, em Diário da República nº 258, 1^o Série - A, de 8 de Novembro;
- Portugal, Ministério das Finanças, Decreto-Lei n.º 558/99, em diário da República nº 292, 1^a Série - A, de 17 de Dezembro;
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 93/2005 em Diário da República nº 109, 1^a Série - A, de 7 de Junho;
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 233/2005, em Diário da República nº 249, Série - A, de 29 de Dezembro;
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 183/2008 em Diário da República nº 171, 1^a Série, de 4 de Setembro;
- Reis, E. e Ferreira, M. A. (2000): “*Temas em métodos quantitativos*”, Lisboa, Edições Sílabo;
- Reis, Fernando (2001): “O modelo de Excelência da EFQM: Uma ferramenta para a excelência da gestão”, Qualidade em Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, nº 5 Outubro;
- Saraiva, Pedro M.; d’Orey, João L.; Figueira, Jorge; Almeida, Paula C. (2000): “Testemunhos da Qualidade em Portugal”, Lisboa, Instituto Português da Qualidade - 1^a Edição;

- Saturno, P. J. (1997): “Tratado de Calidad Asistencial”, Madrid, Du Pont Pharm, Universidad de Murcia;
- Silva A., Varanda J., Nóbrega S. D. (2004): “Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais”, Cascais, Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1ª Edição;
- Stevenson, J. W. (1986): “Estatística Aplicada à Administração”, S. Paulo, Editora HARBRA Lda;
- Vernero S.; Bragonzi G.; Rebelli A.; Molinari R. (2007): “A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 20 No. 3, 2007, pp. 215-231 Emerald Group Publishing Limited;
- Zabada, Charles; Asubonteng, Patrick; Munchus, George (1998): “Total Quality Management”, Abingdon;
- Wilkinson, A; Redman, T.; Snape, E.; Marchington, M. (1998): “Managing with Total Quality Management: Theory and practice”, UK: McMillan;

ANEXOS

Anexo I: Pedido de autorização para recolha de dados


Ex.^{mo} Senhor Presidente do Conselho
de Administração da Unidade Local
de Saúde da Guarda – EPE

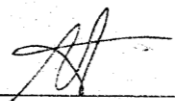
Ex.^{mo} Senhor Presidente

Joaquim António Nércio Marques, aluno do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, no âmbito da sua tese de mestrado, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação, sob a orientação do Prof. Luís Lourenço, que pretende conhecer a percepção dos diferentes colaboradores da ULS da Guarda quanto à qualidade dos Serviços de Saúde à luz dos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM.

Neste sentido, vem solicitar a V.Exa autorização para distribuir um questionário junto dos colaboradores da ULS que V.Exa dirige, salientando que se trata de um trabalho exclusivamente académico. Não se ambiciona fazer qualquer avaliação da ULS, pois a informação que se pretende recolher será usada apenas para responder aos objectivos propostos no estudo: avaliar se existe diferença, estatisticamente significativa, quanto à percepção dos diferentes colaboradores da ULS da Guarda no que respeita à qualidade da Organização no que concerne às diferentes unidades de saúde e à sua diferenciação estrutural, hospitais e centros de saúde, bem como no que respeita às diferentes classes profissionais dos seus colaboradores.

Compromete-se a entregar um exemplar do referido trabalho ao Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda – EPE.

Universidade da Beira Interior, 03 de Maio de 2010



(Enf. Joaquim António Nércio Marques)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Gestão e Economia

“Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde”

Questionário



***“A Qualidade dos Serviços de Saúde: A percepção
dos colaboradores da ULS da Guarda à luz do
Modelo da EFQM”***

Covilhã
2010

(Continuação)

Sou licenciado em Enfermagem e aluno do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior.

Estou a realizar um trabalho de investigação, sob a orientação do Prof. Luís Lourenço, que pretende conhecer a percepção dos diferentes colaboradores da ULS da Guarda quanto à qualidade dos Serviços de Saúde à luz dos nove critérios do Modelo de Excelência da EFQM.

Este questionário enquadra-se num estudo meramente académico. Por isso, não é nosso objectivo fazer qualquer tipo de avaliação da ULS. Para além do quadro de identificação do colaborador, o questionário é composto por nove conjuntos de afirmações, para as quais nos deve indicar a sua concordância. Pretendemos que nos transmita a sua percepção acerca de determinados aspectos. Por este motivo, não têm a necessidade de recolher qualquer tipo de informação para formular a sua resposta.

Conscientes da pouca disponibilidade de tempo, solicitamos a vossa colaboração, no sentido do preenchimento do presente questionário. Cientes de que acederá ao nosso pedido, desde já agradecemos, pois sem a sua compreensão e imprescindível cooperação, a concretização deste estudo não será possível.

Para garantir a fiabilidade dos resultados solicitamos que leia atentamente todos os enunciados colocados. Estamos certos de que a informação cedida da sua parte será da maior relevância para o estudo.

Ao preencher o questionário tenha em conta que:

- a) A sua participação é voluntária e as suas respostas são anónimas e confidenciais;
- b) Não há respostas certas ou erradas, apenas se pretende conhecer a sua opinião;
- c) Os questionários destinam-se unicamente a produzir dados estatísticos e a efectuar a análise de informação com eles relacionados;
- d) Os dados recolhidos nunca serão tratados de forma individualizada;
- e) As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade indicada;
- f) Foi obtida autorização para a sua distribuição;
- g) Deve responder, por favor, a todas as questões, pois tal é muito importante para a validade desta investigação.

Com os melhores cumprimentos pessoais,

Joaquim António Nêcio Marques

(Continuação)

IDENTIFICAÇÃO

(Preencher sobre as linhas e assinalar com um X dentro das quadriculas)

Instituição: _____ Serviço: _____

Função: Médico Enfermeiro Administrativo Outro Qual? _____

Idade (anos): _____ Sexo: Feminino Masculino

Habilitações Literárias: Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior

Há quantos anos trabalha na instituição? menos de 2 2 - 5 5 - 10 mais de 10

Natureza do vínculo: Contrato de Funções Públicas Contrato Administrativo de Provisão
 Contrato Individual de Trabalho Prestação de serviços Outro

LIDERANÇA PELA DIRECÇÃO

Com as respostas a este primeiro conjunto de questões pretende-se que transmita a sua percepção quanto à atitude e comportamento dos líderes da ULS.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os membros da administração e todos os restantes líderes estão empenhados no desenvolvimento de uma cultura de qualidade para a organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes avaliam e melhoram a eficiência da sua própria liderança e agem sobre futuras exigências de liderança.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe um plano de desenvolvimento estratégico para a ULS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes participam regularmente em reuniões com outros níveis hierárquicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A administração mostra disponibilidade para escutar e responder às questões dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes estimulam e encorajam a delegação de poderes, promovendo dessa forma a inovação e a criatividade dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes dão prioridade às actividades de melhoria da organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes asseguram o desenvolvimento e a implementação de processos para a medição, revisão e melhoria dos resultados "chave" da organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os recursos disponibilizados pelos líderes para a melhoria da qualidade e participação de todas as partes envolvidas estão formalmente definidos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A atribuição de recursos é feita de acordo com o plano de desenvolvimento estratégico definido pela organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes fomentam a participação de todos os colaboradores nas actividades de melhoria da organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes mantêm contactos com os colaboradores e também com os utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes mantêm contactos com parceiros e representantes da sociedade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os líderes reconhecem o desempenho e êxito dos colaboradores e inclusivamente promovem a divulgação do reconhecimento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A administração comunica a todos os colaboradores os planos de acção e estratégia para a ULS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existem reuniões formais das chefias com os seus colaboradores directos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O plano de desenvolvimento estratégico da ULS é revisto periodicamente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe plano de carreira e a necessidade de quadros e chefias intermédias é planeada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe um sistema de avaliação de desempenho dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Continuação)

POLÍTICA E ESTRATÉGIA

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a sua percepção quanto ao modo como a ULS formula, implementa e avalia a política e estratégia, e as traduz em planos de acção.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A política e estratégia, definidas para a ULS, são consistentes com a missão, visão e valores da organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe um plano formal de revisão e actualização do Plano de Desenvolvimento Estratégico da ULS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São elaborados relatórios com informação sobre os utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São elaborados relatórios com informação sobre os colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São elaborados relatórios com informação sobre os fornecedores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São recolhidos dados com informação sobre estudos de novas tecnologias, metodologias, métodos de trabalho, procedimentos, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As expectativas dos utentes/clientes e dos colaboradores são conhecidas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe sintonia entre a política da qualidade e as necessidades e expectativas dos utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A administração comunica a todos os seus funcionários a estratégia e o plano de acções definido para a ULS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As reuniões das chefias com os seus colaboradores têm carácter formal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GESTÃO DAS PESSOAS

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a sua percepção quanto à forma como a ULS desenvolve o conhecimento e potencia a participação dos seus colaboradores, quer a nível individual, quer a nível de equipa ou da organização como um todo.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existem políticas, estratégicas e planos de gestão dos recursos humanos activas e eficazes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os colaboradores e os seus representantes participam no desenvolvimento das políticas, estratégicas e dos planos de gestão existentes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São utilizados estudos sobre o desempenho dos colaboradores para melhorar as políticas, estratégicas e planos de gestão.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São utilizadas metodologias organizacionais inovadoras para melhorar a forma de trabalhar (como por exemplo: métodos de trabalho, flexibilização do trabalho de equipa, rotação de colaboradores, ...) para obter melhores resultados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe um plano de carreira e de necessidade futura de quadros e chefias intermédias no que diz respeito a conhecimentos, competências e habilitações.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São desenvolvidos e utilizados planos de formação e desenvolvimento para assegurar os conhecimentos, competências e habilitações das pessoas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As pessoas são encorajadas a trabalhar em equipa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São desenvolvidas competências para melhorar o trabalho em equipa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os objectivos individuais e de grupo são revistos e actualizados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As pessoas são avaliadas e apoiadas para melhorarem o seu desempenho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS promove acções que apoiam e encorajam tanto a participação dos colaboradores em conferências, jornadas e seminários, como apoiam e encorajam o compromisso de envolvimento e melhoria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São delegados poderes às pessoas para que estas possam agir.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É estabelecida uma comunicação efectiva (ascendente, descendente e horizontal) entre todos os colaboradores, de forma a partilhar e comunicar "melhores práticas", conhecimentos e experiências.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A organização reconhece o esforço individual e de grupo no sentido da melhoria da qualidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS preocupa-se com os colaboradores provendo actividades sócio-culturais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS assegura boas condições de segurança, higiene e saúde no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Continuação)

PARCERIAS E RECURSOS

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a **sua percepção** quanto à forma como a ULS planeia e gere parcerias externas e recursos internos.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS identifica parceiros “chave” e parcerias estratégicas de acordo com a sua política e estratégia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existem melhorias na interligação dos centros de saúde com os hospitais e com todas as outras entidades ligadas à saúde regional ou local.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São estabelecidas parcerias que garantem transmissão de conhecimentos e experiências.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O pensamento inovador e criativo é promovido e apoiado através de parcerias.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os investimentos realizados pela ULS são avaliados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A atribuição dos recursos financeiros aos serviços/departamentos/instituições é efectuada de acordo com a política e estratégia definida para a organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existem programas de gestão da manutenção dos equipamentos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O consumo de materiais e energia é optimizado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS procura reduzir e reciclar os resíduos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As tecnologias alternativas e emergentes são identificadas e avaliadas à luz da política, da estratégia e do impacto na organização e na sociedade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A tecnologia existente é bem explorada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As tecnologias “antigas” são identificadas e substituídas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PROCESSOS

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a **sua percepção** quanto à forma como a ULS identifica, gere e melhora os seus processos de maneira apoiar a sua política e satisfazer os seus utentes/clientes.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS esforça-se em identificar e analisar os processos críticos e as actividades “chave” para o sucesso do seu desempenho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe uma abordagem sistemática para identificação dos processos críticos (serviços de prestação de cuidados de saúde, serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde, serviços de gestão e logística, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os processos são controlados, revistos e melhorados periodicamente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
São desenvolvidos procedimentos que garantam adequada prestação de serviços aos utentes e colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os serviços de prestação de cuidados de saúde contemplam as necessidades e expectativas dos utentes/clientes, verificando-se uma postura pró-activa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde contemplam as necessidades e expectativas da comunidade ou sociedade, verificando-se uma melhor optimização e articulação dos meios.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS rentabiliza a capacidade hospitalar instalada na região que a integra, através da definição de uma carteira de serviços de diagnóstico e terapêutica, disponíveis aos centros de saúde da sua área de atracção.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS aumentou a disponibilidade de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existem consultas hospitalares, regulares, nos centros de saúde a partir dos principais serviços hospitalares de referenciação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estão em curso projectos que visam articular uma boa continuidade dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Há uma base de parceria e cooperação entre os hospitais e os centros de saúde, no que respeita aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A central de compras e custos da ULS contribui para uma melhor gestão financeira.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Continuação)

Os próximos quatro conjuntos de questões estão orientados para os resultados que a organização tem vindo a atingir. Relembramos que não pretendemos avaliar a ULS. Necessitamos apenas que nos transmita a sua percepção acerca dos resultados que a organização tem vindo a alcançar.

RESULTADOS DOS UTENTES/CLIENTES

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a sua percepção quanto aos resultados que a ULS têm alcançado relativamente à satisfação dos seus utentes/clientes.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação dos utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu o tempo médio de resposta às necessidades de cuidados de saúde dos utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou o acesso e existe uma maior proximidade de cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu o número de queixas e/ou reclamações apresentadas pelos utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu o tempo médio de resposta ou de solução às queixas e/ou reclamações apresentadas pelos utentes/clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Numa escala de 1 a 10, qual a sua percepção relativamente ao nível de satisfação actual dos utentes/clientes da ULS:

Totalmente insatisfeitos					Totalmente satisfeitos				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESULTADOS DO PESSOAL (MÉDICOS, ENFERMEIROS, ADMINISTRATIVOS E OUTROS COLABORADORES)

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a sua percepção quanto aos resultados que a ULS tem alcançado relativamente à satisfação dos seus colaboradores.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação do pessoal médico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação do pessoal enfermeiro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação do pessoal administrativo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação dos outros colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação da globalidade dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a participação dos colaboradores em actividades de melhoria e sugestões apresentadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Existe um melhor desempenho dos colaboradores na organização.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desenvolvem-se mais actividades de investigação, formação e ensino.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a participação dos colaboradores em actividades de formação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou o grau de cumprimento dos planos de formação, promoção e aperfeiçoamento do desempenho dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou o grau de motivação e empenho da globalidade dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu o tempo médio de resposta ou resolução das queixas e das reclamações apresentadas pelos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu o índice de absentismo e baixas laborais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Continuação)

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a **sua percepção** quanto aos resultados que a ULS tem vindo a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade local, distrital e regional.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ULS goza de boa imagem na comunidade e na sociedade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As instituições de saúde integradas na ULS melhoraram a sua imagem na comunidade e na sociedade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou o envolvimento institucional activo com a administração local, organizações de solidariedade social, escolas, grupos de cidadãos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou o impacto das instituições de saúde integradas na ULS na comunidade envolvente ao nível da percentagem de emprego.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diminuiu o número de contratos precários de emprego.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a prevenção e redução de riscos profissionais ao nível da melhoria do ambiente físico e das condições ergonómicas do posto de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a protecção do meio ambiente através da redução de resíduos e utilização de matérias recicladas e recicláveis.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhoria na identificação activa das necessidades de saúde da população abrangida, oferecendo uma resposta técnica e social integrada e um contínuo de cuidados e serviços de fácil acesso e circulação com ganhos em saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a satisfação da comunidade e sociedade envolvente à ULS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESULTADOS "CHAVE" DA ACTIVIDADE DA ULS

Com as respostas a este conjunto de questões pretende-se que transmita a **sua percepção** quanto aos resultados que a ULS tem alcançado relativamente aos objectivos definidos para a sua actividade e à satisfação de todas as partes nela interessadas.

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a articulação e optimização da globalidade dos recursos disponíveis.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a integração dos cuidados de saúde, garantindo complementaridade e promovendo sinergias entre hospitais, centros e extensões de saúde, com melhor rentabilização e melhoria dos cuidados de saúde prestados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou o acesso e aumentou a abrangência de cuidados de saúde à população da sua área de influência e a todos os cidadãos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maior proximidade dos cuidados e melhoria na satisfação das necessidades em saúde da população abrangida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a qualidade dos cuidados de saúde, em tempo oportuno e em ambiente humanizado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a continuidade na prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou o número de consultas e de cirurgias e reduziu as listas de espera.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reduziu a demora média de internamento hospitalar, bem como, os reinternamentos e os internamentos inapropriados de doentes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou as dinâmicas de ensino das ciências médicas, de enfermagem, e das tecnologias da saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou as dinâmicas de formação contínua, assegurando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores e promovendo novos métodos/procedimentos de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Promove a investigação clínica e científica, contribuindo para suportar iniciativas empresariais credíveis, nas áreas das tecnologias da saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a monitorização sistemática dos indicadores financeiros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou a gestão financeira e reduziu o custo unitário por doente "padrão".	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cumprir os contratos programa e os planos de acção.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou o número de projectos de saúde pública, familiar e escolar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumentou a capacidade de atracção de recursos humanos necessários.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou na globalidade a qualidade dos serviços prestados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhorou as condições das instalações e dos equipamentos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bem-haja

Anexo III: Departamentos

Departamentos	Serviços	Nº de questionários	% de questionários
Departamento Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina A - Medicina B - Unidade de AVC - Oncologia - Cardiologia - Pneumologia - Convalescença 	80	25,7
Departamento Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia Mulheres - Cirurgia Homens - Ortopedia Mulheres - Ortopedia Homens - Oftalmologia / Otorrino 	39	12,5
Departamento da Mulher e da Criança	<ul style="list-style-type: none"> - Obstetrícia - Ginecologia - Pediatria 	15	4,8
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatria 	9	2,9
Departamento de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Urgência Geral - Urgência Pediátrica 	13	4,2
Áreas de Suporte à Prestação de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Bloco Operatório - Anestesiologia - Cirurgia do Ambulatório - Cuidados Intensivos - Laboratório de Patologia Clínica - Imagiologia - Farmácia - Esterilização - Medicina Física e Reabilitação - Consulta Externa - Serviço Saúde Ocupacional - Gabinete do Cidadão 	46	14,8
SUB-TOTAL		202	64,9

(Continuação)

Departamentos	Serviços	Nº de questionários	% de questionários
Departamento de Cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none">- CS da Guarda / USF Ribeirinha- CS de Manteigas- CS do Sabugal- CS de Almeida- CS de Figueira Castelo Rodrigo- CS da Mêda- CS de Pinhel- CS de Trancoso- CS de Celorico da Beira- CS de Fornos de Algodres- CS de Gouveia- CS de Seia	109	35,1
TOTAL		311	100

Anexo IV: Teste da homogeneidade das variâncias

Instituições

Critérios EFQM	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Liderança pela Direcção	3,663	2	308	0,027
Politica e Estratégia	0,347	2	308	0,707
Gestão Pessoas	2,006	2	308	0,136
Parcerias e Recursos	2,182	2	308	0,115
Processos	0,699	2	308	0,498
Resultados Clientes	1,858	2	308	0,158
Resultados Pessoas	1,323	2	308	0,268
Resultados Sociedade	0,494	2	308	0,611
Resultados Chave	0,149	2	308	0,862

Departamentos

Critérios EFQM	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Liderança pela Direcção	2,115	6	304	0,051
Politica e Estratégia	1,966	6	304	0,070
Gestão Pessoas	2,129	6	304	0,050
Parcerias e Recursos	1,847	6	304	0,090
Processos	2,351	6	304	0,031
Resultados Clientes	2,234	6	304	0,040
Resultados Pessoas	1,834	6	304	0,092
Resultados Sociedade	0,874	6	304	0,514
Resultados Chave	1,320	6	304	0,248

Função

Critérios EFQM	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Liderança pela Direcção	1,961	5	305	0,084
Politica e Estratégia	2,958	5	305	0,013
Gestão Pessoas	1,307	5	305	0,261
Parcerias e Recursos	3,045	5	305	0,011
Processos	3,039	5	305	0,011
Resultados Clientes	3,653	5	305	0,003
Resultados Pessoas	2,406	5	305	0,037
Resultados Sociedade	4,719	5	305	0,000
Resultados Chave	3,249	5	305	0,007

Anexo V: Teste da normalidade dos resíduos

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test										
Instituição		Residual for Liderança	Residual for Política e Estratégia	Residual for Gestão Pessoas	Residual for Parcerias e Recursos	Residual for Processos	Residual for Resultados Clientes	Residual for Resultados Pessoas	Residual for Resultados Sociedade	Residual for Resultados Chave
N		311	311	311	311	311	311	311	311	311
Normal Parameters	Mean	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	Std. Deviation	1,76378	1,70884	1,76972	1,63902	1,61006	1,84687	1,71309	1,63903	1,70110
Most Extreme Differences	Absolute	0,047	0,058	0,069	0,036	0,046	0,065	0,036	0,039	0,043
	Positive	0,047	0,058	0,069	0,036	0,032	0,052	0,036	0,039	0,032
	Negative	-0,022	-0,035	-0,042	-0,034	-0,046	-0,065	-0,034	-0,032	-0,043
Kolmogorov-Smirnov Z		0,836	1,029	1,216	0,630	0,803	1,151	0,631	0,689	0,754
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,487	0,240	0,104	0,822	0,540	0,142	0,821	0,730	0,620
Departamentos		Residual for Liderança	Residual for Política e Estratégia	Residual for Gestão Pessoas	Residual for Parcerias e Recursos	Residual for Processos	Residual for Resultados Clientes	Residual for Resultados Pessoas	Residual for Resultados Sociedade	Residual for Resultados Chave
N		311	311	311	311	311	311	311	311	311
Normal Parameters	Mean	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	Std. Deviation	1,80225	1,74543	1,85153	1,66607	1,62835	1,83342	1,70928	1,63537	1,70318
Most Extreme Differences	Absolute	0,036	0,042	0,056	0,042	0,039	0,048	0,035	0,047	0,042
	Positive	0,036	0,042	0,056	0,042	0,035	0,048	0,035	0,047	0,033
	Negative	-0,019	-0,031	-0,037	-0,028	-0,039	-0,047	-0,028	-0,038	-0,042
Kolmogorov-Smirnov Z		0,640	0,746	0,984	0,740	0,693	0,840	0,613	0,821	0,0746
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,808	0,634	0,288	0,645	0,722	0,480	0,847	0,510	0,634
Função		Residual for Liderança	Residual for Política e Estratégia	Residual for Gestão Pessoas	Residual for Parcerias e Recursos	Residual for Processos	Residual for Resultados Clientes	Residual for Resultados Pessoas	Residual for Resultados Sociedade	Residual for Resultados Chave
N		311	311	311	311	311	311	311	311	311
Normal Parameters	Mean	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	Std. Deviation	1,81007	1,76692	1,83524	1,65345	1,62890	1,82300	1,69715	1,62965	1,69094
Most Extreme Differences	Absolute	0,047	0,056	0,050	0,047	0,035	0,059	0,036	0,040	0,036
	Positive	0,047	0,056	0,050	0,047	0,034	0,048	0,036	0,033	0,032
	Negative	-0,025	-0,036	-0,037	-0,031	-0,035	-0,059	-0,031	-0,040	-0,036
Kolmogorov-Smirnov Z		0,834	0,990	0,881	0,837	0,610	1,034	0,638	0,698	0,640
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,489	0,281	0,420	0,486	0,851	0,235	0,810	0,714	0,808

a. Test distribution is Normal.

Anexo VI: Teste da ANOVA

ANOVA

Instituição		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Liderança pela Direcção	Between Groups	74,678	2	37,339	11,925	0,000
	Within Groups	964,384	308	3,131		
	Total	1039,062	310			
Politica e Estratégia	Between Groups	82,700	2	41,350	14,069	0,000
	Within Groups	905,240	308	2,939		
	Total	987,940	310			
Gestão Pessoas	Between Groups	129,824	2	64,912	20,592	0,000
	Within Groups	970,888	308	3,152		
	Total	1100,712	310			
Parcerias Recursos	Between Groups	53,905	2	26,953	9,968	0,000
	Within Groups	832,779	308	2,704		
	Total	886,684	310			
Processos	Between Groups	47,694	2	23,847	9,140	0,000
	Within Groups	803,615	308	2,609		
	Total	851,309	310			
Resultados Clientes	Between Groups	6,719	2	3,360	,979	0,377
	Within Groups	1057,384	308	3,433		
	Total	1064,104	310			
Resultados Pessoas	Between Groups	20,645	2	10,322	3,495	0,032
	Within Groups	909,746	308	2,954		
	Total	930,390	310			
Resultados Sociedade	Between Groups	21,283	2	10,641	3,936	0,021
	Within Groups	832,794	308	2,704		
	Total	854,077	310			
Resultados Chave	Between Groups	18,571	2	9,286	3,188	0,043
	Within Groups	897,061	308	2,913		
	Total	915,632	310			

(Continuação)

ANOVA

Departamentos		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Liderança pela Direcção	Between Groups	32,153	6	5,359	1,618	0,142
	Within Groups	1006,909	304	3,312		
	Total	1039,062	310			
Politica e Estratégia	Between Groups	43,514	6	7,252	2,334	0,032
	Within Groups	944,426	304	3,107		
	Total	987,940	310			
Gestão Pessoas	Between Groups	37,983	6	6,330	1,811	0,097
	Within Groups	1062,730	304	3,496		
	Total	1100,712	310			
Parcerias Recursos	Between Groups	26,189	6	4,365	1,542	0,164
	Within Groups	860,495	304	2,831		
	Total	886,684	310			
Processos	Between Groups	29,342	6	4,890	1,809	0,097
	Within Groups	821,967	304	2,704		
	Total	851,309	310			
Resultados Clientes	Between Groups	22,064	6	3,677	1,073	0,379
	Within Groups	1042,040	304	3,428		
	Total	1064,104	310			
Resultados Pessoas	Between Groups	24,686	6	4,114	1,381	0,222
	Within Groups	905,705	304	2,979		
	Total	930,390	310			
Resultados Sociedade	Between Groups	25,001	6	4,167	1,528	0,169
	Within Groups	829,076	304	2,727		
	Total	854,077	310			
Resultado Chave	Between Groups	16,375	6	2,729	0,923	0,479
	Within Groups	899,257	304	2,958		
	Total	915,632	310			

(Continuação)

ANOVA

Categoria Funcional		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Liderança pela Direcção	Between Groups	23,394	5	4,679	1,405	0,222
	Within Groups	1015,668	305	3,330		
	Total	1039,062	310			
Politica e Estratégia	Between Groups	20,115	5	4,023	1,268	0,278
	Within Groups	967,825	305	3,173		
	Total	987,940	310			
Gestão Pessoas	Between Groups	56,596	5	11,319	3,306	0,006
	Within Groups	1044,116	305	3,423		
	Total	1100,712	310			
Parcerias e Recursos	Between Groups	39,175	5	7,835	2,820	0,017
	Within Groups	847,509	305	2,779		
	Total	886,684	310			
Processos	Between Groups	28,786	5	5,757	2,135	0,061
	Within Groups	822,523	305	2,697		
	Total	851,309	310			
Resultados Clientes	Between Groups	33,868	5	6,774	2,005	0,078
	Within Groups	1030,236	305	3,378		
	Total	1064,104	310			
Resultados Pessoas	Between Groups	37,490	5	7,498	2,561	0,027
	Within Groups	892,901	305	2,928		
	Total	930,390	310			
Resultados Sociedade	Between Groups	30,790	5	6,158	2,281	0,047
	Within Groups	823,287	305	2,699		
	Total	854,077	310			
Resultados Chave	Between Groups	29,258	5	5,852	2,014	0,077
	Within Groups	886,374	305	2,906		
	Total	915,632	310			

Anexo VII: Testes Kruskal-Wallis

Instituição

Test Statistics a,b									
	<i>Liderança pela Direcção</i>	<i>Política e Estratégia</i>	<i>Gestão Pessoas</i>	<i>Parcerias e Recursos</i>	<i>Processos</i>	<i>Resultados Clientes</i>	<i>Resultados Pessoas</i>	<i>Resultados Sociedade</i>	<i>Resultados Chave</i>
Chi-Square	22,422	21,888	32,283	18,206	16,896	2,025	7,501	6,280	5,828
Df	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,363	0,024	0,043	0,054
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grouping Variable: Instituição									

Departamento

Test Statistics a,b									
	<i>Liderança pela Direcção</i>	<i>Política e Estratégia</i>	<i>Gestão Pessoas</i>	<i>Parcerias e Recursos</i>	<i>Processos</i>	<i>Resultados Clientes</i>	<i>Resultados Pessoas</i>	<i>Resultados Sociedade</i>	<i>Resultados Chave</i>
Chi-Square	10,576	14,233	10,599	10,375	10,992	7,199	8,636	9,192	5,744
Df	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	0,102	0,027	0,102	0,110	0,89	0,303	0,195	0,163	0,452
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grouping Variable: Departamento									

Categoria Funcional

Test Statistics a,b									
	<i>Liderança pela Direcção</i>	<i>Política e Estratégia</i>	<i>Gestão Pessoas</i>	<i>Parcerias e Recursos</i>	<i>Processos</i>	<i>Resultados Clientes</i>	<i>Resultados Pessoas</i>	<i>Resultados Sociedade</i>	<i>Resultados Chave</i>
Chi-Square	8,575	8,175	18,749	15,652	11,602	11,169	11,787	9,989	10,046
Df	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	0,127	0,147	0,002	0,008	0,041	0,048	0,038	0,076	0,074
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grouping Variable: Categoria Funcional									