

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um Estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Alzira Martins Sequeira Lopes

Orientador(a):

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro 2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um Estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Alzira Martins Sequeira Lopes

Orientador(a):

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva



[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

170 149

Évora

Novembro 2005

Agradecimentos

Em primeiro lugar desejo agradecer, com muita gratidão, respeito, admiração e estima, ao meu Orientador Científico, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, toda a sua sabedoria, disponibilidade permanente, oportuno sentido crítico, firmeza e dedicação colocados em todo o processo que conduziu à elaboração deste trabalho. Sem o apoio e orientação do Senhor Professor Doutor Carlos Alberto da Silva não me teria sido possível levar a cabo tal empreendimento. As muitas sugestões e ideias que me ofereceu, associadas à sempre oportuna lembrança do caminho que faltava percorrer, com tal sabedoria, quando a dispersão tomava conta das minhas ideias, permitiram a concretização deste trabalho.

A todos os Docentes deste Mestrado de quem tive o privilégio de receber importantes ensinamentos que me permitiram a aquisição de conhecimentos que tornam hoje possível uma melhor compreensão do mundo e um maior respeito pelo seres que o povoam.

À Administração Regional de Saúde do Centro, na pessoa do seu Presidente, pela cedência de dados imprescindíveis à elaboração deste estudo. Agradeço ainda à Coordenação da Sub-Região de Saúde de Coimbra pela autorização concedida para proceder à recolha dos dados essenciais à realização deste trabalho.

Agradeço reconhecidamente ao Instituto da Qualidade em Saúde, na pessoa do seu Director Dr. Luís Pisco, a amável cedência do direito ao uso do questionário MoniQuOr.CS utilizado na recolha dos dados.

Quero ainda deixar expresso o meu agradecimento às Direcções dos Centros de Saúde, que permitiram a minha presença nas “suas” instituições de saúde, e a todos os profissionais de saúde que amavelmente permitiram a minha intrusão nos “seus” locais de trabalho, e que solícitamente responderam ao meu apelo. Sem o seu contributo este trabalho não teria sido possível.

Ao Professor Doutor Manuel Rodrigues, Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, pela disponibilidade e apoio concedidos.

À minha família, sobretudo ao meu filho David, pela sua inocente compreensão pelo tempo e atenção que lhe não concedi e pelas ausências a que o submeti, em virtude das exigências inerentes à prossecução deste trabalho. Ao Jorge, pela cumplicidade e companheirismo, mas sobretudo pelos afectos que nos unem.

ÍNDICE GERAL	Pág.
Resumo	19
Abstract	20
Introdução	21
1 Aspectos Teóricos da Qualidade dos Serviços de Saúde	27
1 Qualidade em Saúde	29
1.1 Evolução do Conceito de Qualidade.....	29
1.1.1 Dos Primórdios aos Tempos Presentes.....	29
1.1.2 Dinamizadores da Qualidade.....	37
1.1.2.1 Deming.....	37
1.1.2.2 Juran.....	38
1.1.2.3 Crosby.....	39
1.1.3 Conceito de Qualidade.....	40
1.1.4 Conceito de Qualidade dos Serviços de Saúde.....	42
1.1.5 Conceito de Saúde e Conceito de Doença.....	48
1.1.5.1 Conceito de Saúde.....	48
1.1.5.2 Conceito de Doença.....	50
1.2 Fundamentos da Qualidade dos Serviços de Saúde.....	51
1.3 Compromissos com a Qualidade dos Serviços de Saúde.....	55
1.3.1 Cuidados de Saúde Primários.....	59
1.3.2 Equidade em Saúde.....	61
1.3.3 Políticas Públicas Saudáveis.....	62
1.3.4 Ambientes de Apoio.....	63
1.3.5 Novos Actores para uma Nova Era.....	66
1.3.6 Chamada para a Acção.....	69
1.4 Desafios da Qualidade dos Serviços de Saúde.....	70
1.4.1 Prática Clínica.....	71
1.4.2 Organização e Prestação de Cuidados de Saúde.....	73
1.4.3 Acessibilidade aos Serviços de Saúde.....	73
1.4.4 Equidade.....	77
1.4.5 Cidadania.....	78
1.4.6 Satisfação dos Utentes.....	82
1.4.7 Acções para a Mudança.....	85
1.4.8 Promoção da Saúde.....	87
1.4.9 Agências de Contratualização.....	89
1.4.10 Gestão do Conhecimento.....	95
1.4.11 Benchmarking na Saúde.....	97
2 Sistema de Saúde Português	109
2.1 Evolução do Sistema de Saúde Português.....	109
2.2 Regulamentação do Sistema de Saúde Português.....	110
2.3 Desempenho do Sistema de Saúde Português.....	112
2.4 Relevância dos Sub-Sistemas no Sistema de Saúde Português.....	114

3	Regulação em Saúde.....	115
3.1	Economia de Mercado <i>versus</i> Mercado da Saúde.....	116
3.2	Falhas de Mercado.....	119
3.2.1	Ocorrência de Riscos e Incertezas.....	120
3.2.2	Externalidades.....	121
3.2.3	Barreiras do Lado da Oferta.....	121
3.2.4	Risco Moral.....	122
3.2.5	Assimetria de Informação.....	123
4	Organizações de Saúde.....	126
4.1	Organizações de Saúde do Século XXI.....	126
4.2	Processo de Gestão.....	129
4.2.1	Planeamento.....	130
4.2.2	Organização.....	134
4.2.3	Liderança.....	136
4.2.4	Controlo.....	138
4.2.5	Princípios de Gestão da Qualidade.....	139
5	Caracterização da Região de Saúde do Centro.....	141
5.1	Caracterização Geográfica.....	141
5.2	Demografia da Região.....	142
5.3	Indicadores de Saúde.....	146
5.3.1	Mortalidade.....	146
5.3.2	Morbilidade.....	150
5.3.3	Acidentes de Viação.....	153
5.4	Estruturas e Equipamentos de Saúde.....	154
5.5	Actividade Desenvolvida pelos Centros de Saúde.....	158
5.6	Actividade Desenvolvida pelos Hospitais.....	159
5.7	Recursos Humanos.....	163
2	Análise da Qualidade Organizacional dos Serviços de Saúde.....	167
1	Metodologia.....	169
1.1	Introdução.....	169
1.2	Pressupostos.....	169
1.3	Problemática da pesquisa.....	169
1.4	Pertinência do estudo.....	170
1.5	Unidade de análise.....	172
1.6	Perguntas de Investigação.....	172
1.7	Objectivos.....	173
1.8	Hipóteses de Investigação.....	173
1.9	Conceptualização das variáveis.....	176
1.10	Instrumento de recolha de dados.....	178
1.11	Recolha de dados.....	180
1.12	Métodos e técnicas.....	181
2	Tratamento e Análise de Dados.....	183
2.1	Caracterização da população.....	183

2.2	Exploração dos dados da escala de percepção da qualidade organizacional.....	188
2.3	Estudo da percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde.....	190
2.3.1	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão organização e gestão.....	194
2.3.2	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão direitos do cidadão.....	225
2.3.3	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão promoção da saúde.....	243
2.3.4	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão prestação de cuidados de saúde.....	260
2.3.5	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	301
2.3.6	Estudo da percepção da qualidade organizacional: dimensão instalações e equipamento.....	328
3	Discussão dos Resultados.....	362
4	Conclusões.....	418
5	Sugestões.....	464
5.1	Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.....	468
	Bibliografia.....	483
	Anexos.....	497

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro 1.1 Modelos de análise da qualidade segundo Garvin e Gillies.....	47
Quadro 1.2 Declaração de princípios da Organização Mundial de Saúde.....	56
Quadro 1.3 Princípios da Declaração dos Direitos da Criança.....	57
Quadro 1.4 Distinção entre actividade industrial e a de serviços.....	139
Quadro 1.5 Estrutura demográfica da Região Centro, por Sub-Regiões.....	143
Quadro 1.6 Variação da estrutura etária na Região Centro e Continente.....	144
Quadro 1.7 Índices de dependência e envelhecimento na Região Centro e Continente.....	145
Quadro 1.8 Esperança média de vida na Região Centro e Continente.....	145
Quadro 1.9 Indicadores de saúde referentes à Região Centro e Continente.....	146
Quadro 1.10 Mortalidade por doença isquémica do coração padronizada para a idade pela população europeia.....	147
Quadro 1.11 Mortalidade por doença cerebrovascular padronizada para a idade pela população europeia.....	147
Quadro 1.12 Mortalidade por neoplasia padronizada para a idade pela população europeia.....	147
Quadro 1.13 Mortalidade por neoplasias da mama feminina padronizada para a idade pela população europeia.....	149
Quadro 1.14 Mortalidade por neoplasias segundo o grupo etário.....	149
Quadro 1.15 Anos de vida perdidos devido a mortalidade precoce na Região e Continente	150
Quadro 1.16 Doenças de declaração obrigatória notificadas em 2002.....	151
Quadro 1.17 Evolução da incidência da tuberculose na Região Centro e Continente.....	152
Quadro 1.18 Incidência da SIDA na Região, País e EU em 2002	153
Quadro 1.19 Mortalidade acumulada devido a SIDA, por categoria de transmissão.....	153
Quadro 1.20 Número de acidentes com vítimas em 2002.....	154
Quadro 1.21 Rede de Cuidados de Saúde da Região de Saúde do Centro.....	155
Quadro 1.22 Estabelecimentos de Saúde Mental – Região de Saúde do Centro 2002.....	155

Quadro 1.23 Rede de Cuidados de Saúde na Região Centro.....	156
Quadro 1.24 Rede de Cuidados de Saúde na Região Centro.....	157
Quadro 1.25 Número de consultas por valência e de atendimentos urgentes nos SAP.....	159
Quadro 1.26 Actividade desenvolvida pelos Hospitais 2002.....	160
Quadro 1.27 Hospitais Distritais: equipamento e actividades desenvolvidas 2002.....	160
Quadro 1.28 Hospitais Nível 1: equipamento e actividades desenvolvidas 2002.....	161
Quadro 1.29 Actividade desenvolvida pelos estabelecimentos de saúde mental 2002.....	162
Quadro 1.30 Efectivos do Serviço Nacional de Saúde em 2002.....	163
Quadro 1.31 Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Primários na Região 2003.....	163
Quadro 1.32 Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Hospitalares na Região 2003.....	164
Quadro 1.33 Médicos por Especialidade em Cuidados de Saúde Hospitalares.....	164
Quadro 2.34 Percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde: Perguntas de investigação, Objectivos e Hipóteses de investigação.....	174
Quadro 2.35 Consistência Interna da Escala de Percepção da Qualidade Organizacional..	180
Quadro 2.36 Distribuição dos respondentes por idade.....	183
Quadro 2.37 Distribuição dos respondentes por grupo etário.....	184
Quadro 2.38 Distribuição dos respondentes por sexo.....	184
Quadro 2.39 Distribuição dos respondentes por estado civil.....	185
Quadro 2.40 Distribuição dos respondentes por profissão.....	185
Quadro 2.41 Distribuição dos respondentes por antiguidade na profissão.....	186
Quadro 2.42 Distribuição dos respondentes por vínculo à instituição.....	186
Quadro 2.43 Distribuição dos respondentes por local de trabalho.....	187
Quadro 2.44 Medida de adequação de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> e teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	189
Quadro 2.45 Consistência interna da escala de percepção da qualidade organizacional....	192
Quadro 2.46 Correlação item-total das dimensões da escala de percepção da qualidade....	193
Quadro 2.47 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	198

Quadro 2.48 Extração dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	205
Quadro 2.49 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	206
Quadro 2.50 Factores explicativos da percepção da qualidade organizacional Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	209
Quadro 2.51 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	210
Quadro 2.52 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão...	213
Quadro 2.53 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão organização e gestão.....	215
Quadro 2.54 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão organização e gestão.....	218
Quadro 2.55 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão organização e gestão.....	218
Quadro 2.56 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário na dimensão organização e gestão.....	219
Quadro 2.57 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão organização e gestão.....	220
Quadro 2.58 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão organização e gestão.....	221
Quadro 2.59 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão.....	223
Quadro 2.60 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	227
Quadro 2.61 Extração dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	229
Quadro 2.62 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	230

Quadro 2.63 Factores explicativos da percepção da qualidade organizacional Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	231
Quadro 2.64 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	232
Quadro 2.65 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	234
Quadro 2.66 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão direitos do cidadão.....	235
Quadro 2.67 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão direitos do cidadão.....	237
Quadro 2.68 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão direitos do cidadão.....	238
Quadro 2.69 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupos etários na dimensão direitos do cidadão.....	238
Quadro 2.70 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão direitos do cidadão.....	239
Quadro 2.71 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão direitos do cidadão.....	240
Quadro 2.72 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centro de saúde na dimensão direitos do cidadão.....	241
Quadro 2.73 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	245
Quadro 2.74 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	247
Quadro 2.75 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	248
Quadro 2.76 Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	249
Quadro 2.77 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	250

Quadro 2.78 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	252
Quadro 2.79 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão.....	253
Quadro 2.80 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão promoção da saúde.....	255
Quadro 2.81 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão promoção da saúde.....	255
Quadro 2.82 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário na dimensão promoção da saúde.....	256
Quadro 2.83 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão promoção da saúde.....	257
Quadro 2.84 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão promoção da saúde.....	257
Quadro 2.85 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde.....	259
Quadro 2.86-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	261
Quadro 2.86-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	263
Quadro 2.86-C Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	266
Quadro 2.86-D Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	270
Quadro 2.87 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	272
Quadro 2.88 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	273
Quadro 2.89-A Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	276

Quadro 2.89-B Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	278
Quadro 2.90 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	280
Quadro 2.91-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	282
Quadro 2.91-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	283
Quadro 2.91-C Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	285
Quadro 2.92-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	287
Quadro 2.92-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	288
Quadro 2.92-C Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	289
Quadro 2.93 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	292
Quadro 2.94 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	292
Quadro 2.95 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	293
Quadro 2.96-A Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	294
Quadro 2.96-B Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	295
Quadro 2.97-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	297

Quadro 2.97-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde.....	299
Quadro 2.98-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	303
Quadro 2.98-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	306
Quadro 2.99 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	309
Quadro 2.100 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	310
Quadro 2.101 Factores explicativos da variância da percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	311
Quadro 2.102 Média dos factores caracterizadores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	314
Quadro 2.103 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	316
Quadro 2.104 Estudo comparativo das respostas expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	318
Quadro 2.105 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	321
Quadro 2.106 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	321
Quadro 2.107 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	322
Quadro 2.108 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	323
Quadro 2.109 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	324

Quadro 2.110-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	326
Quadro 2.110-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.....	327
Quadro 2.111-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	329
Quadro 2.111-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	331
Quadro 2.111-C Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	332
Quadro 2.112 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	335
Quadro 2.113 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	336
Quadro 2.114-A Factores explicativos da variância da percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	339
Quadro 2.114-B Factores explicativos da variância da percepção da qualidade Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	340
Quadro 2.115 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	342
Quadro 2.116-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	344
Quadro 2.116-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	345
Quadro 2.117-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão instalações e equipamentos.....	346
Quadro 2.117-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão instalações e equipamentos.....	347
Quadro 2.118 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo na dimensão instalações e equipamentos.....	350

Quadro 2.119 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho na dimensão instalações e equipamentos.....	350
Quadro 2.120 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário na dimensão instalações e equipamentos.....	351
Quadro 2.121 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão na dimensão instalações e equipamentos.....	352
Quadro 2.122 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão na dimensão instalações e equipamentos.....	353
Quadro 2.123-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	355
Quadro 2.123-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos.....	356

Índice de Gráficos	Pág.
Gráfico 1 Estrutura etária na Região Centro e Continente em 2001.....	144
Gráfico 2 Principais causas de morte na Região Centro, 2001.....	148
Gráfico 3 Distribuição topográfica das neoplasias como causa de morte na Região,2001	148

Índice de Figuras

Figura 1 Processo de gestão.....	130
Figura 2 Dos objectivos aos resultados.....	133
Figura 3 Mapa da Região de Saúde do Centro.....	142
Figura 4 Mapa da Região Centro por Distritos e Concelhos.....	142
Figura 5 Modelo conceptual.....	176

SIGLAS

AAVV	Autores Vários
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CS	Centro de Saúde
DDO	Doença de Declaração Obrigatória
DG	Diário do Governo
DGS	Direcção Geral da Saúde
DR	Diário da República
ECD	Elementos Complementares de Diagnóstico
EOHCS	Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HOPE	Comité Permanente dos Hospitais da União Europeia
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
IUHPE	União Internacional para a Promoção e Educação para a Saúde
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
ONA	Organismo Nacional de Acreditação
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
ONU	Organização das Nações Unidas
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PEST	Políticas Económicas Sociais e Tecnológicas
PIB	Produto Interno Bruto
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação para os Centros de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema de Informação Hospitalar
SPQ	Sistema Português da Qualidade
SWOT	Forças e Fraquezas, Ameaças e Oportunidades
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	Organização Mundial de Saúde (OMS)

Resumo

A finalidade do presente estudo consiste em analisar a qualidade organizacional dos serviços de saúde de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro, na perspectiva dos seus profissionais de saúde. O estudo incidiu sobre uma população de 115 profissionais de saúde, proporcionalmente distribuída por médicos (32,2%), enfermeiros (33%) e administrativos (34,8%). Para obter a informação essencial foi elaborado um estudo descritivo, analítico e correlacional, relacionado com as políticas e práticas organizacionais. O trabalho contém um conjunto de ensaios empíricos aplicados aos três centros de saúde, divididos em duas vertentes. A primeira, utiliza métodos descritivos para explicar o comportamento das variáveis, cujos resultados permitiram a confirmação da Hipótese 2 e da Hipótese 4 e, ainda, a análise factorial de componentes principais para a extracção de factores organizacionais e profissionais caracterizadores da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três centros de saúde, que permitiram a confirmação da *Hipótese 1*. A segunda vertente utiliza testes não-paramétricos para o estudo das diferenças de percepção dos profissionais – em concreto o teste de independência (*Kolmogorov-Smirnov*) e a análise de variância (*Kruskal-Wallis*). Para analisar a hierarquia da importância atribuída pelos profissionais aos atributos de qualidade foi utilizado o teste de *Friedman*. Os resultados obtidos pelo teste de independência apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas no factor monitorização da qualidade_rec, quando se considera a variável independente sexo (Hipótese 3). Os resultados obtidos pela análise de variância apresentam diferenças estatisticamente significativas quando se consideram como variáveis independentes a profissão, antiguidade na profissão e grupo etário (Hipótese 3). Os resultados do teste de *Friedman* apresentam diferenças estatisticamente significativas, permitindo a identificação de boas práticas organizacionais nos três centros de saúde em estudo.

Conclusões: A percepção dos profissionais de saúde pode ser usada como um indicador adicional da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde os Órgãos de Gestão têm de encorajar o envolvimento de todos os profissionais na gestão dos Centros de Saúde, na elaboração do plano de actividades e na definição dos objectivos organizacionais.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde; Qualidade Organizacional; Configurações Organizacionais; Percepção da Qualidade.

Quality in Health Care Services: Good Practices in the Organization and Management of Health Care Services. A Study about Organizational Quality of the Health Care Services of three Health Centres of the Central Health Region

Abstract

The objective of this study is the analysis of the organizational quality of the health services of three Health Centres of the Central Health Region of Portugal, (Região de Saúde do Centro) in the perspective of its health professionals. The study referred to 115 health workers, in the proportion of physicians (32%), nurses (33%) and secretarial staff (40%). In order to obtain the basic information a descriptive, analytical and correlational research was carried out regarding the organizational policies and practices. The study comprises a set of empirical analyses applied to the three health centres, divided in several steps. The first approach uses descriptive methods to explain the behaviour of the variables, the results of which allowed the confirmation of the Hypothesis 2 and Hypothesis 4, and also the principal component analysis for the extraction of organizational and professional factors that characterize the organizational quality of the health services in the three health centres, which allowed the confirmation of Hypothesis 1. The second approach uses nonparametric tests for the study of the differences of perception of the professionals, specifically the Kolmogorov-Smirnov's independence tests and the Kruskal-Wallis' variance analysis test. To analyse the hierarchy of the importance attributed by the professionals to the quality items the Friedman test was used. The results obtained by the independence test only present statistically significant differences in the factor monitoring of the quality _rec, if the independent variable sex is considered (Hypothesis 3). The results obtained by the variance analysis present statistically significant differences if the profession, seniority in the profession and the age group are considered as independent variables (Hypothesis 3). The results of the Friedman test present statistically significant differences, which allows the identification of good organizational practices in the three health centres.

Conclusions: The perception of the health professionals can be used as an additional indicator of the organizational quality of the health services. To improve the organizational quality of the health services, the management boards should promote the involvement of all the professionals in the management of the Health Centres, in working out the plan of activities and in defining the organizational goals.

Keywords: Health Quality; Organizational Quality; Organizational Configurations; Quality Perception.

Introdução

Ao longo da sua história, o ser humano foi atravessando sucessivas ondas de desenvolvimento que lhe permitiram um acúmulo de conhecimentos, experiências e expectativas que foram alterando o seu padrão de exigências na busca da satisfação das suas necessidades. Para trás ficaram os tempos em que o consumidor era o elemento passivo de qualquer processo produtivo. Hoje, o cliente tem um papel activo e decisivo na melhoria da qualidade dos produtos e serviços que lhe são destinados.

As transformações porque estão a passar as organizações de saúde do sector público estatal colocam sérias reflexões sobre a estrutura organizacional e o processo de gestão a adoptar para que cumpram a sua missão, num mundo global em permanente mutação, onde as fontes de informação e do conhecimento se multiplicam, crescem as exigências, aumentam as expectativas, adquirem-se novas experiências e modifica-se o padrão de necessidades dos consumidores.

Neste ambiente turbulento, as organizações de saúde têm de se adaptar e adoptar novas formas de organização e sistemas de gestão que lhes permitam atender à satisfação das necessidades dos utentes e que tornem possível a harmonia entre os objectivos organizacionais e individuais, de modo a obter os melhores desempenhos.

Melhorar a qualidade dos serviços prestados ao cidadão é, pois, um dos objectivos primordiais de qualquer organização de saúde. Para tal, as organizações de saúde têm de apostar na mudança por meio da renovação das mentalidades, da adopção de novas formas de organização, do desenvolvimento pessoal dos seus profissionais, da sua motivação e satisfação, porque a obtenção da qualidade não se consegue de forma isolada (Cruz e Carvalho 1992) e porque “quem produz a excelência são as pessoas. Quer queiramos quer não, todas as grandes (e pequenas) obras, ideias, produtos, nascem de pessoas que, no seu acto de criar, tornam possível a constante transformação do mundo” (Almeida 1995: ix). A qualidade em saúde assume-se, assim, como uma forma de desenvolvimento organizacional.

Os utentes sentir-se-ão muito satisfeitos quando as suas necessidades forem atendidas, seja na resolução dos seus problemas, seja na qualidade do atendimento, seja na diminuição do tempo despendido para ver o seu problema resolvido. As expectativas

criadas em torno da qualidade dos serviços que desejam que lhes sejam prestados são as grandes variáveis que irão contribuir para a sua plena satisfação.

Os profissionais de saúde surgem, então, como os grandes obreiros da “arte” de conseguir qualidade, pelo que as novas formas de pensar as organizações de saúde têm de colocar os seus recursos humanos como a base de sustentabilidade de desenvolvimento da própria organização. No centro desta base encontram-se os profissionais, avaliados segundo a sua competência, formação, motivação, polivalência, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipa e a constituição da sua própria rede de relações (Zorrinho et al 2003).

Mas se é verdade que nos últimos anos houve uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo quando se restringe a proposição às componentes técnicas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, confirmada pelos utentes quando questionados em inquéritos de satisfação, o mesmo se não pode dizer quando se entra nas áreas organizacionais ou da resposta dos serviços de saúde em áreas não directamente ligadas aos cuidados, isto é, áreas de respeito do sistema pelos cidadãos como pessoas (respeito pela confidencialidade, dignidade, direito à informação e autonomia na participação das escolhas relacionadas com a saúde) e o modo como são recebidos enquanto consumidores de cuidados (prontidão no atendimento, amenidades adequadas e liberdade de escolha do médico e da instituição) (OPSS 2003; Reinhardt 1998).

A motivação para a realização de um estudo na área da Qualidade dos Serviços de Saúde, surgiu da constatação, ao longo dos anos que me ligam às questões da saúde, indissociável do meu modo de ver e sentir, da dificuldade em conceber, organizar e gerir serviços de saúde que satisfaçam plenamente utentes e profissionais, cumpram cabalmente as orientações das políticas do sector e satisfaçam as exigências “gestionárias” do sistema (Neves 2002).

Esta dificuldade resulta, por um lado, da impossibilidade de homogeneizar a diversidade de percepções expressas por utentes e profissionais quando se avalia essa mesma qualidade a partir das respostas dadas a questionários de satisfação ou de avaliação da qualidade em saúde, já que a forma como as pessoas respondem não é independente das suas características próprias e das experiências que têm do sistema

(Ferreira e Lourenço 2003). Por outro lado, é o resultado das dificuldades que os serviços de saúde têm tido em conceber, planear, gerir, monitorizar e avaliar processos organizacionais e gestores que considerem tanto as múltiplas dimensões da qualidade como a heterogeneidade de expectativas dos seus utilizadores, e em que os objectivos sejam a introdução de acções correctivas, quando necessário, e a partilha de conhecimentos, intra e inter-organizações, relacionados com modelos organizacionais e de gestão que se tenham revelado *the best practices*, dificuldade essa que se tem observado não só no sector da saúde mas também em toda a Administração Pública.

Com o objectivo de melhor conhecer esta problemática, optei pela realização de um trabalho de investigação sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde apoiando-me, por um lado, em algumas das teorias disponíveis que focam o problema, por outro, em trabalhos empíricos realizados nesta área, por fim, nas respostas expressas pelos profissionais de saúde acerca do modo como tem sido conduzido o processo de organização e gestão dos serviços de saúde, dando “voz” aos actores organizacionais para que estes pudessem expressar as suas opiniões sobre o modo como têm sido organizados e geridos os “seus próprios serviços”, com o objectivo de analisar se as suas percepções são influenciadas pelas suas características pessoais e profissionais.

É um trabalho empírico onde as observações realizadas procuram contribuir, de algum modo, para a compreensão do problema (Hill e Hill 2002) da Qualidade Organizacional dos Serviços de Saúde, tentando assim encontrar explicações para alguns dos aspectos relacionados com aquela problemática, ao nível dos cuidados de saúde primários.

O que se pretende medir com a realização deste estudo é a existência ou não de diferenças significativas entre as opiniões expressas pelos diversos grupos de profissionais de saúde dos três Centros de Saúde em análise, quando se consideram as suas características pessoais e profissionais.

Para a escolha dos métodos e das técnicas utilizados foram levados em linha de conta os objectivos da investigação e a natureza das variáveis em estudo. Perante a complexidade e extensão dos dados recolhidos, optou-se pela sua redução e descomplexificação por meio da análise de componentes principais segundo o critério de *Kaiser* e rotação *Varimax* e, depois, pela realização dos testes de hipóteses não paramétricos de *Kolmogorov-Smirnov* e *Kruskal-Wallis*. Para avaliar se existiam

diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade optou-se pelo teste de hipóteses de *Friedman*.

O estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais: um enquadramento teórico e um enquadramento metodológico que contém um conjunto de ensaios empíricos aplicados aos três Centros de Saúde.

O enquadramento teórico constitui a primeira parte estruturante do estudo e serve de fundamento teórico à realização do trabalho empírico. É constituída por 5 capítulos.

Para a elaboração do primeiro capítulo foram analisadas diversas perspectivas e concepções relacionados com o tema da Qualidade, tendo sido seleccionados os assuntos considerados mais pertinentes. Foram analisadas as perspectivas de diferentes autores acerca do conceito de Qualidade; do conceito de Qualidade dos Serviços de Saúde e dos conceitos de Saúde e Doença, assim como os resultados de alguns estudos empíricos realizados na área da qualidade dos serviços de saúde. Foram abordados, também, alguns dos fundamentos da Qualidade dos Serviços de Saúde e são apresentados, em perspectiva, alguns dos compromissos assumidos por Organizações Internacionais e por diversos Estados Membros que as constituem para com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a partir da última metade do século passado. O capítulo encerra com uma abordagem aos desafios a enfrentar, por todos, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

No segundo capítulo é feita uma descrição do Sistema de Saúde Português, tendo em conta a sua evolução, regulamentação e desempenho, bem como a sua constituição. A abordagem feita ao Sistema de Saúde Português tem como finalidade analisar a importância que um sistema de saúde bem estruturado e funcionante tem na melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

No terceiro capítulo são definidos alguns conceitos fundamentais em regulação em saúde, e são abordadas algumas das especificidades do sector da saúde, comparativamente com outros sectores da vida económica, com o intuito de analisar como os serviços de saúde podem adoptar orientações de mercado sem dispensar a intervenção do Estado enquanto órgão regulador, e sem se descaracterizarem ou perder a sua identidade enquanto serviços que devem garantir a universalidade e a equidade de acesso.

No capítulo quatro é descrito um sistema holístico de gestão, que procura atender às necessidades de todos os actores de forma harmoniosa, juntando o pragmatismo posto ao serviço do alcance das metas com o respeito pela dignidade humana no trabalho, de acordo com a perspectiva de alguns autores.

No quinto capítulo é feita a caracterização da Região de Saúde do Centro. A análise dos problemas de saúde existentes ao nível desta região, bem como dos recursos existentes para lhe fazer face, é o objectivo deste capítulo. Só com a compreensão das forças e fraquezas dum sistema se pode avaliar o seu desempenho.

O enquadramento metodológico constitui a segunda parte estruturante deste trabalho. É constituído por cinco capítulos. O primeiro capítulo é composto pela metodologia do estudo. Nele são apresentados de forma sistematizada os procedimentos adoptados durante as várias etapas do trabalho, de forma a que este tenha validade e interesse científico. São abordados alguns dos pressupostos metodológicos assim como as questões relativas à população escolhida, às perguntas de investigação, às hipóteses de investigação, às variáveis e sua operacionalização, ao instrumento de recolha de dados e aos métodos e técnicas utilizados no tratamento dos dados.

O capítulo dois é integralmente constituído pelo tratamento e análise dos dados, e o capítulo três contém a discussão dos resultados.

No capítulo quatro são apresentadas as conclusões do estudo, e o capítulo cinco contém sugestões para novas investigações e para alguns dos aspectos mais relevantes do estudo que sugerem a necessidade de introdução de medidas de correcção no sentido da melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Este último capítulo integra ainda uma proposta de intervenção orientada para a mudança para as boas práticas organizacionais, contemplando uma das áreas vitais para a qualidade organizacional dos centros de saúde estudados.

Assim, a minha proposta de intervenção está direccionada para a mudança de comportamentos, atitudes e práticas organizacionais, na dimensão organização e gestão, nomeadamente, no planeamento das actividades, no envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde, por considerar ser prioritário intervir junto das possíveis causas que determinam uma sequência de resultados não desejáveis para a qualidade organizacional dos serviços de saúde.



**1 – ASPECTOS TEÓRICOS DA QUALIDADE
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

1 Qualidade em Saúde

1.1 Evolução do Conceito de Qualidade

1.1.1 Dos Primórdios aos Tempos Presentes

As preocupações com a qualidade sempre existiram e são de certo modo intrínsecas à natureza humana (Pires 2000). Nos primórdios da Humanidade, qualidade podia significar coisas tão simples como habitação segura, abundância de alimentos, água potável ou a organização em grupos com intuítos defensivos contra os encontros indesejados com os predadores. Porém, o significado de qualidade e a forma de a obter foi-se modificando ao longo do tempo, mercê dos conhecimentos, expectativas, percepções e exigências que o ser humano foi desenvolvendo acerca do próprio significado de qualidade.

A sedentarização dos primeiros povos, a emergência dos primeiros aglomerados populacionais e o crescimento demográfico verificados no decurso do período neolítico, associados à escassez de recursos, colocaram o homem perante a necessidade de produzir os seus próprios produtos. A fixação das populações e, de certo modo, a divisão do trabalho, propiciaram maior disponibilidade de tempo, que foi aproveitado por alguns na especialização de ofícios através do desenvolvimento de técnicas de fabricação dos produtos (Villalobos 1998; Zorrinho et al 2003).

Inicialmente, os artesãos responderam à satisfação das necessidades dos clientes, ainda que de forma pouco organizada, cabendo ao artesão as tarefas de identificar essas necessidades, conceber o produto, fabricá-lo e vendê-lo e prestar assistência após a venda. Pode dizer-se que muitas das funções que se podem identificar numa empresa moderna estavam, ao tempo, concentradas na pessoa do artesão. Porém, necessidades maiores de produção tiveram, então, de ser supridas através da constituição de oficinas de artesãos. Nestas existiam tipicamente três figuras essenciais: a do mestre de oficina que desempenhava já as tarefas de direcção, a do ajudante, em quem o mestre delegava algumas tarefas, nomeadamente as de verificar o trabalho do aprendiz (Pires 2000).

Um dos povos mais avançados desse tempo era formado pelas “Civilizações dos Grandes Rios”, que se fixaram junto às margens do Tigre e do Eufrates, na Mesopotâmia. O seu sistema de produção incluía já a repartição de terras para a prática

da agricultura, a distribuição do trabalho e a divisão de classes de acordo com o ofício desenvolvido. Surgem, nessa época, o fabrico da cerveja, os primeiros fornos para a produção de tijolos, a metalurgia e a ourivesaria. Na indústria têxtil aparece o fabrico de tecidos e a tinturaria; desenvolve-se a indústria de curtumes e a do vidro, assim como a de embarcações (Villalobos 1998; Pires 2000).

A civilização egípcia, localizada junto às margens do rio Nilo, tornou-se célebre pela suas imponentes construções arquitectónicas, donde sobressaem as pirâmides de Gizé (Quéops, Quéfren e Miquerinos) e o Templo de Luxor. Desenvolveu ainda uma próspera actividade agrícola, a caça, a pesca, a pastorícia, e o comércio.

Na civilização grega (séc. VIII a. C.) as actividades desenvolvidas estavam relacionadas com a agricultura, a pecuária, a extracção mineira e o comércio marítimo. A civilização Romana desenvolveu a agricultura, o comércio, a pecuária e o artesanato, mas a característica que melhor a define é a sua capacidade bélica.

O povo chinês desenvolveu de tal modo a agricultura que garantia a subsistência de grandes massas humanas, e os artesãos e tecelões de seda atingiram um nível artístico muito importante (Villalobos 1998).

Na Europa, entre os séculos V e X, a divisão do trabalho era praticamente incipiente, sem meios técnicos, à excepção de algumas azenhas. Do séc. XI ao séc. XIII, os camponeses começaram a utilizar o ferro para a construção de ferramentas. Usavam o arado puxado por cavalos e os senhores feudais recorriam ao pessoal assalariado para o cultivo das suas terras. No final da Idade Média (séc. XIV e XV), surgem grandes invenções para a indústria como a biela, a manivela, os altos fornos, bombas de água rudimentares, grande evolução na indústria do papel e a invenção da imprensa por Gutenberg (Villalobos 1998).

Com o advento da primeira revolução industrial (séc. XVIII) surge no meio laboral a introdução da máquina a vapor, a substituição da força muscular pela mecânica, a produção em grande escala e a difusão do uso das máquinas (Dagen et al 2000).

O rápido crescimento da indústria (séc. XIX) veio incorporar no mundo do trabalho grandes quantidades de camponeses sem instrução, sem o mínimo treino para as actividades fabris, por isso incapazes de contribuírem minimamente para a

organização do seu próprio trabalho, pelo que as ordens e instruções tinham, forçosamente, de ser simples e fáceis de entender e executar.

Para responder a estas necessidades Taylor (séc. XX), com a separação das tarefas de planeamento e controlo das tarefas de execução, conseguiu grandes resultados principalmente ao nível da produtividade (Pires 2000). À gestão científica dos processos de trabalho, com recurso ao estudo de tempos e movimentos “como meio de analisar e padronizar as actividades de trabalho” (Morgan 1996:32), numa lógica de “one best way”, devia associar-se o treino do trabalhador para fazer o seu trabalho de forma eficiente, assim como uma fiscalização adequada do seu trabalho com o fim de garantir uma adequada execução dos mesmos e a obtenção dos resultados previamente fixados. Deste modo, toda a responsabilidade da organização do trabalho era transferida para o gerente, restando para o operacional a tarefa de execução. “Tudo aquilo que deve ser pensado é feito por gerentes e planeadores, deixando tudo aquilo que deve ser feito para os empregados” (Morgan 1996: 33).

O baixo poder de compra e a enorme escassez de bens completavam o quadro em que a ênfase era, necessariamente, colocada mais na quantidade do que na qualidade. O risco do trabalho mal feito foi particularmente evidenciado durante a I Guerra Mundial (1914-1918) em que as falhas em serviços dos equipamentos militares foi atribuída ao facto dos produtos serem fornecidos fora das especificações. A solução pareceu ser a de criar a primeira e significativa actividade da função qualidade – os inspectores. Surge assim a era da inspecção. Aos inspectores cabia a responsabilidade de assegurar que os produtos estivessem conformes com as especificações, não sendo ainda consideradas relevantes a investigação das causas e as acções correctivas (Pires 2000).

No intervalo entre as duas grandes guerras surgiram, como desenvolvimentos essenciais, as aplicações estatísticas à qualidade. É a era do controlo estatístico da qualidade (Garvin 1993). A constatação fundamental de que qualquer processo produtivo introduz variabilidade nas características da qualidade (Bank 1992) e que estas seguem leis estatísticas conhecidas permitiu que os processos de produção pudessem ser controlados por meio do uso de técnicas estatísticas como o Controlo Estatístico do Processo e o Controlo por Amostragem. Muito do conteúdo das actuais normas de controlo por amostragem foi desenvolvido naquela época e o uso

generalizado das técnicas estatísticas tem sido um dos principais factores para o sucesso de qualquer programa de melhoria da qualidade (Pires 2000).

A II Guerra Mundial veio evidenciar outros tipos de deficiências como a falta de controlo da concepção que conduzia a especificações incompletas, o uso de tecnologias e materiais não provados e os desvios à normalidade dos processos que levavam à obtenção de produtos com características muito próximas dos limites inferiores das especificações.

Na década de sessenta, com o advento dos grandes investimentos (nuclear, petroquímico, de defesa e de exploração do espaço), houve a necessidade de institucionalizar a garantia da qualidade por exigência dos grandes compradores sobre os seus fornecedores. Surge assim a era da garantia da qualidade.

Apesar do começo da garantia da qualidade estar ligado a áreas vitais, a sua extensão a outras indústrias de produção em série, destas aos seus fornecedores e das indústrias aos serviços privados e públicos tem vindo, progressivamente, a intensificar-se e a diversificar-se à medida que os processos se tornam mais complexos, os consumidores mais exigentes e a competitividade maior.

Neste contexto, o desenvolvimento da qualidade pode ser esquematicamente resumida na seguinte sequência: (a) Inspeção: actividade de medição, comparação e verificação; (b) Controlo da Qualidade: actividades que se centram na monitorização, nomeadamente na análise dos desvios e reposição dos parâmetros dos processos nas condições desejadas; (c) Garantia da Qualidade: actividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada; (d) Gestão da Qualidade: actividades coincidentes com as da garantia mas em que é enfatizada a integração na gestão global da organização; (e) Qualidade Total: cultura de empresa capaz de assegurar a satisfação dos clientes (Pires 2000; Garvin 1993).

A qualidade em saúde é um conceito que surge posteriormente, induzido pelos processos produtivos ligados à industrialização e à produção em massa que se iniciou com a revolução industrial como atrás ficou dito. Com o surgimento do terceiro sector¹ nas últimas décadas e com o reconhecimento da sua importância na economia mundial,

¹ O primeiro e o segundo são o sector lucrativo e o sector público estatal (Carvalho 2005).

devido à procura de bens e serviços fornecidos por entidades exteriores aos sectores lucrativo e público estatal, a aprendizagem realizada na área da indústria foi alargada ao sector dos serviços, incluindo os da saúde e de apoio social (Carvalho 2005).

De acordo com o referido por Reis et al (1990), embora haja relatos históricos reveladores da existência de mecanismos de avaliação dos actos médicos e dos serviços de saúde desde o século XVI, o uso do controlo estatístico e da avaliação científica dos cuidados médicos desenvolveu-se lentamente, uma vez que não era considerado um aspecto essencial para a prática da medicina (Reis et al 1990; Caraça 2002).

Em 1910, sob os auspícios da Fundação “Carnegie” foi publicado o relatório “Flexner” que denunciou o estado lamentável dos hospitais americanos. Na sequência desse relatório foi elaborado um estudo sobre a eficiência desses mesmos hospitais onde é pela primeira vez proposto o uso de uma metodologia de avaliação do estado de saúde dos pacientes que permita estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (Antunes 1991).

Em 1951, é criada pelos Estados Unidos da América e Canadá uma Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais com o objectivo de estimular o desenvolvimento técnico-administrativo dos hospitais. A criação desta Comissão favoreceu o rápido desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios para o controlo da qualidade e em 1980 é introduzido o termo “garantia de qualidade” na assistência médico-hospitalar (Caraça 2002)

Nos finais da década de 80, com a necessidade de introduzir melhorias na qualidade dos serviços de saúde, a Holanda elaborou um documento intitulado “Vontade para a mudança” (1987), e em 1990, na Suécia, o Instituto Sueco do Planeamento e Racionalização dos Serviços Sociais e da Saúde elaborou o documento “Garantia de Qualidade na Saúde” (Mezomo 1991).

Mais recentemente, em Inglaterra, o “National Health Service” implementou um sistema informatizado de avaliação de desempenho designado por “National Health Service Performance Assessment Framework” constituído por duas classes de indicadores de desempenho denominados “High Level Performance Indicators” e “Clinical Indicators”. Estes indicadores de desempenho, publicados pela primeira vez em 1999, fornecem informação útil acerca da qualidade, da eficiência e dos resultados dos serviços de saúde do “National Health Service” (McKay 2000).

Nos Estados Unidos da América, a implementação dos programas sociais “medicare” e “medicaid”, financiados pela “Health Care Financing Administration” do departamento da saúde para custear as despesas com os cuidados de saúde prestados às famílias de baixo-rendimento, exigiu a avaliação da qualidade dos cuidados médicos tanto ao nível do serviço hospitalar como no de ambulatório (Gluck and Reno 2001; Caraça 2002).

Em Portugal, desde os finais dos anos 80 que se vem assistindo a um claro desenvolvimento na área da qualidade na saúde, mas só nos últimos anos a qualidade, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de saúde: Saúde, um Compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002, foi assumida como uma das orientações estratégicas fundamentais, tendo, no âmbito dessas orientações, sido concebido e definido ao longo de 1998 o Sistema da Qualidade em Saúde cuja missão é o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde 1999).

Posteriormente, foram criados o Conselho Nacional da Qualidade em Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde. O trabalho, de mérito reconhecido, que tem sido realizado por este Instituto conduziu ao desenvolvimento de diversos programas e projectos de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal, de entre os quais se destacam a criação do Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, sendo já numerosas as organizações de saúde do sector público estatal com sistemas de melhoria da qualidade implementados com base em protocolos firmados entre o Instituto da Qualidade em Saúde e entidades internacionais, das quais se destacam o “King’s Fund Health Quality System”, o “International Quality Indicator Project” (do qual derivou o “Portuguese Quality Indicator Project”), o “European Organization for Quality Management”, o “International Organization Standardization”, nomeadamente as normas ISO 9000:2000, e o projecto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr.CS).

Este projecto, desenvolvido sob a orientação da Direcção Geral da Saúde/Sub Direcção Geral para a Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, assume, no contexto da monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, particular relevância, cuja acção se centra na qualidade organizacional, considerada uma das determinantes major da qualidade dos cuidados de saúde. Utiliza uma metodologia

assente num quadro temporal explicitamente definido, apoiada numa liderança efectiva e na participação de todos os profissionais dos Centros de Saúde. Assume-se como um processo de melhoria contínua do desempenho organizacional que privilegia a auto-avaliação voluntária (Rodrigues et al 1998), que tem tido ampla aceitação e adesão dos Centros de Saúde.

Elaborado nos anos de 1996/97, com a participação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da Administração Regional de Saúde do Norte, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, do Colégio de Medicina Geral e Familiar Ordem dos Médicos e da Direcção Geral de Saúde, o MoniQuOr.CS é um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

É constituído por 163 atributos que englobam as seguintes áreas de análise: organização e gestão, direitos do cidadão, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade e instalações e equipamentos. A avaliação do grau de cumprimento desses critérios permite a monitorização dos diferentes níveis de desempenho dos Centros de Saúde participantes, facilitando a melhoria dos seus serviços (Rodrigues et al 1998).

Assumindo como pressuposto que a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes depende por um lado de uma boa prática clínica e por outro do modo como estão organizados e são prestados os serviços de saúde, “o MoniQuOr.CS enquadra-se numa estratégia global de melhoria da organização e da prestação de serviços de saúde aos doentes, favorecendo por sua vez os profissionais de saúde em defesa da sua própria actuação e satisfação” (Rodrigues et al 1998: 13).

Trata-se de um sistema de avaliação inter-pares do grau de cumprimento dos critérios de qualidade, quer através de auto-avaliações, quer de avaliações cruzadas (entre Centros de Saúde), sendo o seu objectivo desenvolver um modelo de avaliação do progresso do cumprimento dos critérios em direcção ao cumprimento integral desses critérios. A utilização periódica do MoniQuOR permite assim avaliar o impacte que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a consequente redução da variabilidade da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

O MoniQuOr teve a sua primeira apresentação pública em Coimbra, em Dezembro de 1997, a que se seguiu uma primeira auto-avaliação voluntária dos Centros de Saúde em 1998, uma segunda auto-avaliação em 1999, uma avaliação cruzada em 1999 e uma terceira auto-avaliação em 2000 (Rodrigues et al 1998).

Relançado em 2004, após algum tempo de interregno, com a designação de “MoniQuOr 2004”, apresenta actualmente uma versão “on-line” do questionário para utilização pelos Centros de Saúde. No dizer de um dos seus autores, “o MoniQuOr deve contribuir para uma estratégia global da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos utilizadores dos Centros de Saúde, para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e para a melhoria da organização e gestão dos Centros de Saúde (...) Permite uma comparação crítica entre aquilo que se faz e aquilo que são critérios de boa prática e de desempenho organizacional desejável, nacionalmente aceites, assim como permite identificar áreas difíceis e de maior fragilidade organizativa” (Pisco 2004: 4). A última auto-avaliação voluntária dos Centros de Saúde, utilizando o MoniQuOR, decorreu em 2004, tendo os resultados dessa avaliação sido publicados em Julho de 2005 pelo Instituto da Qualidade em Saúde, relativos aos 186 Centros de Saúde que aderiram ao projecto (IQS 2005).

A avaliação do grau de satisfação das expectativas dos doentes e dos profissionais, através de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa, tem sido outra das metodologias usadas para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Tal é o caso do questionário de avaliação da “Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde”(Graça 1997) e o “Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente” (QUASU), desenvolvido em 1999 através de uma parceria estabelecida entre o Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e a Administração Regional de Saúde do Norte com o objectivo de elaborar um “Estudo sobre a Satisfação do Utente na Região de Saúde do Norte” (McIntyre 1999). Um outro instrumento, o EUROPEP, foi desenvolvido em parceria com uma equipa internacional que incluiu a Alemanha, Holanda, Noruega, Dinamarca, Suécia, Reino Unido, Israel e Portugal com o objectivo de recolher as avaliações que os doentes fazem sobre a qualidade dos cuidados primários nos países europeus (Ferreira 1999).

1.1.2 Dinamizadores da Qualidade

As discussões em torno da Qualidade e como conseguiu-la adquiriram maior relevância nos últimos 100 anos, mercê da pressão exercida sobre outros ramos da actividade económica mundial para a necessidade da melhoria contínua da qualidade na obtenção de produtos e serviços como meio de atingir a satisfação do cliente. Tal foi o caso da industria, área de onde emergiram nomes como Deming, Juran e Crosby que se tornaram referências em todas as outras áreas de actividade, incluindo a da saúde, pela importância de que ainda hoje se revestem os modelos por eles criados e implementados para a melhoria contínua da qualidade e a gestão da qualidade total, com fortes reflexos em todas as áreas da actividade económica e social a nível mundial.

1.1.2.1 Deming

Deming, perito americano na área da qualidade, trabalhava como conselheiro de amostragem no Departamento de Censos dos Estados Unidos da América onde leccionava métodos de amostragem e técnicas de controlo estatístico. Os métodos utilizados por Deming resultavam em produtos de melhor qualidade, num volume maior de produção, na redução de desperdícios e de repetição de trabalho (Bank 1992)

Em 1947, Deming foi para o Japão ajudar o governo de ocupação do general MacArthur a preparar um censo. Três anos depois, sob o patrocínio da União de Cientistas e Engenheiros Japoneses, encontrava-se neste país a falar sobre avançadas técnicas de controlo estatístico de qualidade. Ouviram-nas directores de empresas, que iriam posteriormente tornar-se nomes conhecidos no Ocidente, e toda a comunidade comercial, assim como o governo, que fizeram das suas mensagens de qualidade um empenhamento nacional. Desde 1980 que a sua influência se tem espalhado, primeiro pela América com os grupos Deming dedicados à compreensão e promoção da abordagem de Deming à qualidade, depois por todo o mundo (Bank 1992).

Deming acreditava que existia umnexo causal entre qualidade e produtividade por um lado e variabilidade por outro, aumentando aquelas à medida que esta diminuía. Ancorado nos trabalhos de Shewhart (1986) que deram origem aos conceitos do controlo estatístico dos processos, Deming procurou compreender as causas de dois tipos de variações: (1) variação descontrolada que se deve a causas determinadas ou

especiais, como o modo de funcionar e o procedimento, e (2) variação controlada que se deve a causas não determinadas, acidentais ou comuns, devidas ao próprio processo, ao seu projecto e instalação (Garvin 1992; Bank 1992).

Para explicar o efeito da variabilidade sobre a qualidade e a produtividade Shewhart (1986) desenvolveu o seguinte raciocínio: quando se monta uma lâmpada de rádio, se todos os componentes que compõem a lâmpada são os mesmos em todas as lâmpadas e se cada lâmpada é montada precisamente da mesma forma, e se cada uma fica sujeita exactamente às mesmas condições de carga eléctrica, então todas terão o mesmo tempo de vida. O problema é que nem todas as lâmpadas de rádio se podem fazer da mesma forma. Existem pequenas variações na composição química dos materiais e há pequenas variações no processo de montagem. Em resumo, há sempre variabilidade e esta leva à incerteza sobre a quantidade de tempo que a lâmpada vai durar. Se o processo de montagem estiver bastante fora de controlo é quase certo que algumas lâmpadas terão uma vida muito curta. As lâmpadas são, então, vítimas do vírus da variabilidade (Shewhart 1986).

Baseado nas ideias deste autor, Deming defende que a melhoria de qualidade deve começar com uma cuidadosa identificação desses dois tipos de variação. “Se removermos de qualquer processo tudo aquilo que dá origem à variabilidade tornamo-lo mais previsível e portanto mais controlável. Podemos planear as actividades de maneira mais ajustada e eliminar desperdício de material e de tempo. A ideia chave é a eliminação do vírus da variabilidade” (Bank 1992: 82).

1.1.2.2 Juran

Juran tornou-se célebre com a publicação em 1951 do Manual de Controle da Qualidade – “Quality Control Handbook” – que continua a ser um livro de referência sobre qualidade em todo o mundo.

Paralelamente, a importância da qualidade teve um crescimento extraordinário na sociedade em geral. Além disso houve também um crescimento da competição pela qualidade que se tornou particularmente intensa a nível internacional, sendo hoje a qualidade considerada um elemento crucial para o comércio internacional, para a

capacidade de defesa, para a protecção do meio ambiente e para a segurança e saúde humanas (Juran e Gryna 1990).

Pouco depois da publicação do livro, Juran fixou-se no Japão para pôr em prática os ensinamentos que ele encerra e assim prosseguir com a obra do seu antecessor. A sua principal mensagem aos gestores japoneses foi a de que o controle de qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis, não se resumindo ao trabalho dos especialistas do departamento do controle da qualidade, uma vez que a qualidade do produto é o resultado do trabalho de todos os departamentos da organização. Juran acredita que a qualidade acontece por meio de projectos – projectos de melhoria de qualidade estabelecidos em todas as partes da organização (Bank 1992).

Juran exprime a sua mensagem essencial por meio de três processos básicos (trilogia de Juran) relacionados com a qualidade: (a) planeamento da qualidade: processo de preparação para satisfazer os objectivos da qualidade; (b) controle da qualidade: processo para satisfazer os objectivos da qualidade durante as operações; (c) melhoria da qualidade: processo para chegar a níveis de execução sem precedentes. Para o autor, qualidade é definida como “adequação ao uso” e prefere esta definição à de “conformidade com a especificação”. Na perspectiva de Juran, um produto perigoso podia estar em conformidade com as especificações mas continuar impróprio para uso (Bank 1992; Juran e Gryna 1990; Garvin 1992).

1.1.2.3 Crosby

Tal como Deming e Juran, também Crosby acredita que o problema da qualidade pertence à gestão e que a prevenção é o caminho para chegar à qualidade. Porém, distancia-se dos outros dois quando cita o seu objectivo de “zero defeitos” como algo prático, razoável e realizável, defendendo que “fazer bem” logo na primeira vez é um passo de gigante para eliminar o desperdício da repetição do trabalho, do refugo e da reparação, que aumenta os custos e reduz a oportunidade individual.

A ênfase que Crosby coloca nos “zero defeitos” leva-o a recomendar às organizações que envolvam todos os seus colaboradores nos programas de qualidade e os levem a assinar um compromisso de “zero defeitos”, adoptando este tema como um padrão de execução, uma vez que os programas sobre qualidade devem ser assumidos como uma jornada e não como um destino. Assim, de acordo com Crosby, “zero

defeitos” era uma norma de gestão e não apenas um programa de motivação para os trabalhadores (Garvin and Tropman 1992; Bank 1992).

Os ensinamentos deixados por estes pioneiros da qualidade demonstram que não há uma só maneira correcta de melhorar a qualidade e os seus trabalhos foram decisivos para reforçar o valor da qualidade, generalizar a sua aceitação e difundir os seus princípios essenciais, chegando até ao que hoje se designa por Gestão da Qualidade e Gestão da Qualidade Total (Barçante e Castro 1995; Caraça 2002).

Parte da pressão para a gestão de qualidade provém das exigências dos consumidores que se tornam cada vez mais organizados e mais informados, logo mais exigentes. Nesta perspectiva, e no despertar deste novo milénio, o gestor tem de se concentrar nas prioridades e dirigir a organização com uma visão clara para que ela cumpra a sua missão (Neves 2002; Bank 1992).

Desafiando dificuldades e incertezas, o gestor necessita de uma estrutura geral na qual possa trabalhar e que proporcione normas práticas capazes de captarem a imaginação tanto de dirigentes como de colaboradores. O gestor precisa de criar uma cultura colectiva em que os produtos e serviços de qualidade, os processos e as pessoas sejam considerados elementos fundamentais (Bank 1992; Cruz e Carvalho 1992; Zorrinho et al 2003).

1.1.3 Conceito de Qualidade

Na primeira acepção a palavra qualidade, derivada do étimo *qualitate* (lat.), designa cada uma das propriedades ou caracteres, naturais ou adquiridos, que caracterizam as pessoas e as coisas e pelas quais se distinguem das outras. Na segunda acepção, qualidade é uma das categorias fundamentais que indicam a maneira de ser (*qualis est*) de um indivíduo como elemento diferenciador da sua essência, da sua quiddidade (*quid est*), isto é, o que uma coisa é em si (AAVV 2000).

Começando por analisar as definições propostas por alguns autores clássicos relativas à qualidade dos produtos, como a célebre e concisa definição de Juran “aptidão ao uso” e a de Crosby “conformidade com as especificações”, verifica-se haver concordância entre estas definições e as acepções atrás referidas de forma mais ou menos implícita, tanto no que respeita às propriedades naturais ou adquiridas, como à

coisa tal como ela é, sendo a avaliação da qualidade desses produtos influenciada pelas necessidades, percepção e expectativas dos consumidores.

Para Taguchi (1986), a qualidade de um produto ou serviço corresponde ao mínimo de perda que o produto ou serviço confere à sociedade a partir do momento em que esse mesmo produto ou serviço é expedido ou prestado (Dale and Kooper 1992).

Na perspectiva de Bank (1992), a qualidade é um princípio fundamental nas organizações que tem a força de uma ideia imparável, havendo a necessidade de encarar como um princípio básico estratégico de gestão (Bank 1992).

A este respeito Pires (2002) argumenta que “a qualidade está a ganhar, definitivamente, o estatuto de disciplina do conhecimento técnico científico. É o domínio do trabalho. Não mais uma actividade de entusiastas. A garantia da qualidade tornou-se, hoje, uma tarefa complexa. Tanto mais complexa quanto os consumidores podem entender a qualidade de maneiras diferentes” (Pires 2002:19).

O conceito de qualidade significa assim uma maneira de encarar o trabalho que valoriza os produtos, os serviços e as pessoas. É um estado de espírito, uma maneira de pensar, de agir, de educar e de ver o papel decisivo do homem na interacção pessoal e com os objectos. Admitindo que trabalhar é criar nas suas múltiplas formas, parece legítimo que a busca de soluções verdadeiras e funcionais passe por um esforço contínuo de fazer bem, de conseguir o melhor, de definir o que é bom e agir em conformidade. A qualidade não é, pois, um mero exercício de sobrevivência. É, sobretudo, um estado de espírito, a única forma aceitável de viver os negócios, uma verdadeira filosofia de gestão. “O avanço da sociedade definiu mesmo um conceito muito importante para o homem – o de qualidade de vida” (Cruz e Carvalho 1992: 14).

Com base na definição proposta por Crosby, aqueles autores redefiniram qualidade e propõem que a qualidade seja encarada como “a conformidade em relação a especificações e parâmetros definidos, conhecidos por todos na organização e estabelecidos pelos clientes, em permanente revisão, para que se encontrem em cada momento dinamicamente ajustados às suas reais necessidades” (Cruz e Carvalho 1992: 18).

Esta definição de qualidade reconhece que é fundamental para a garantia da qualidade que exista uma ampla participação de todos os intervenientes no processo de qualidade da organização. Par tal, é determinante que a burocracia seja reduzida ao

mínimo, de forma a que o maior esforço organizacional seja colocado na procura contínua de melhor servir e satisfazer os consumidores, de acordo com as necessidades por eles definidas e enunciadas.

Na mesma linha de pensamento Garvin and Tropman (1992) afirmam que as fontes para obter qualidade incluem, para além do envolvimento de todos os níveis da organização, informações detalhadas sobre a qualidade, relações fortes entre os departamentos de investigação e desenvolvimento, de produção, de formação e de monitorização e ainda um conjunto de ferramentas de controlo da qualidade. Na perspectiva destes autores, na medida em que diferentes consumidores têm diferentes necessidades, o grau com que o produto ou serviço satisfaz aquelas necessidades é definido como qualidade (Garvin and Tropman 1992).

1.1.4 Conceito de Qualidade dos Serviços de Saúde

Uma das mais importantes contribuições das pesquisas efectuadas no campo da qualidade tem sido dada pela tentativa de definir o significado de qualidade de cuidados de saúde. Para Brook et al (2000) todas as definições parecem conter duas componentes que são importantes para as pessoas. A primeira está relacionada com a prestação de cuidados de grande qualidade técnica, entendendo como qualidade técnica dos cuidados de saúde os procedimentos ou serviços prestados de qualidade excelente. A segunda componente da qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a qualidade organizacional dos serviços de saúde e diz respeito ao desejo que todos os utentes têm em ser tratados de forma adequada, quer humana quer culturalmente, e serem convidados a participar de forma activa na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e a forma como melhorá-lo.

O sistema de valores de cada indivíduo e a sua condição de saúde-doença irão influenciar a sua escolha sobre qual das componentes é mais importante em cada situação específica. Aquilo que pode e deve ser feito pelos profissionais de saúde é fornecer aos utentes informação suficiente para que eles façam escolhas informadas e consistentes com os seus valores (Brook et al 2000).

A este respeito Donadebian² (1980) argumenta que para avaliar a qualidade dos serviços de saúde se torna necessário desvendar primeiro o mistério acerca do significado de qualidade. Para este autor a qualidade é uma propriedade que os serviços de saúde podem deter em variados graus, sendo a avaliação da qualidade neste contexto um julgamento sobre se uma dada instituição de serviços de saúde possui essa propriedade e até que ponto.

Para o autor, o que não está clarificado é se a qualidade é um único atributo, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um composto heterogéneo para uso estabelecido, conveniência administrativa ou preferência pessoal. Havendo diferentes conceitos sobre o que constitui cuidados de saúde conduz a diferentes formulações acerca do que constitui qualidade. Em consequência disso muitos dos julgamentos feitos não o são sobre a qualidade dos serviços de saúde mas indirectamente sobre as pessoas que prestam os serviços e sobre os sistemas nos quais esses serviços são prestados (Donadebian 1980).

Prosseguindo na mesma linha de pensamento, se for pedido a um grupo de analistas em política da saúde que enumerem um conjunto de dimensões da qualidade dos sistemas de saúde, é natural que haja diferenças nos resultados obtidos mas é também provável que o conjunto de itens que se segue não seja controverso: (a) a qualidade clínica do sistema; (b) a qualidade epidemiológica do sistema; (c) a ética distributiva do sistema; (d) a confiança dos utentes na integridade do sistema; (e) a habilidade do sistema para proteger a privacidade dos utentes; (f) a liberdade de escolha que o sistema oferece aos indivíduos; (g) a qualidade económica do sistema; (h) as amenidades físicas do sistema (Reinhardt 1998).

A qualidade clínica de um sistema de saúde refere-se ao grau com que as intervenções médicas aumentam o estado de saúde dos utentes e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida; a qualidade epidemiológica de um sistema de saúde refere-se à capacidade do sistema para aumentar o estado de saúde de toda a população em risco; a ética distributiva do sistema de saúde diz respeito aos cuidados de saúde medicamente necessários que têm de ser prestados a todos os membros da sociedade, de forma

² Este autor defende que a qualidade seja avaliada tendo em conta o balanço entre estrutura, processo e resultados. A avaliação da qualidade baseada nas estruturas inclui as características dos profissionais e do próprio sistema. A avaliação baseada nos processos mede o que os profissionais de saúde fazem para melhorar a saúde das pessoas. A avaliação da qualidade baseada nos resultados mede o efeito do processo na saúde das cidadãos (Brook et al 2000).

oportuna, sem olhar à capacidade individual para pagar esses cuidados. Inclui a universalidade, a acessibilidade e a equidade. É esta percepção ética que transforma os cuidados de saúde num “bem social” ou “bem de mérito” em vez de um bem de consumo privado (Reinhardt 1998; Samuelson 2005; Castro 2002).

A confiança dos utentes na integridade do sistema depende, em parte, da integridade dos profissionais dentro do sistema. Depende também do processo pelo qual a integridade profissional e a qualidade dos cuidados é monitorizada. Contudo, é também influenciada pela maneira como o dinheiro é introduzido no sistema de prestação dos cuidados de saúde (Reinhardt 1998).

A privacidade individual está fortemente ligada com a confiança dos utentes na integridade dos sistemas de saúde e pode ser definida como o grau com que o sistema é capaz de guardar a privacidade individual dos utentes.

A qualidade económica do sistema de saúde reflecte o “ratio” custo-benefício associado às intervenções médicas. Do ponto de vista económico, e a um nível elevado de abstracção, esta ideia é normalmente expressa com a noção de que, em qualquer tratamento médico, o uso de um recurso adicional só é justificado se o benefício que advém do uso desse recurso cobrir o aumento dos custos. Porém, esta proposição não é de fácil tradução na prática porque é muito difícil imputar benefícios monetários a resultados clínicos (Reinhardt 1998).

A liberdade de escolha oferecida pelo sistema de saúde refere-se à possibilidade que o utente tem de escolher de entre as alternativas disponíveis, limitadas pelos recursos existentes, aquela que melhor responde às suas necessidades de consumo de cuidados de saúde.

Finalmente, entre as dimensões da qualidade de um sistema de saúde estão as amenidades físicas do sistema. Incluídas nesta dimensão estão a acessibilidade física aos cuidados de saúde e a sua aparência física (Reinhardt 1998).

A qualidade é então uma entidade multidimensional e para ela contribuem muitos factores. Algumas das suas características incluem ainda a impossibilidade de ser medida por métodos quantitativos, apesar de alguns aspectos poderem ser medidos com objectividade como o tempo de espera para ser consultado ou para ser chamado para uma cirurgia electiva. Porém, outros são de difícil quantificação como a qualidade da relação estabelecida com o utente. Estes e outros aspectos da qualidade dos serviços

de saúde “têm em comum um conceito multidimensional de qualidade, tornando inevitável a sua classificação conforme o número de perspectivas ou de ângulos de observação. Nenhum componente isoladamente é suficientemente amplo para abranger todos os aspectos da Qualidade” (Pisco 2001: 4).

Este autor defende ainda, referindo-se à prática clínica, que a prática profissional poderá ser avaliada e melhorada com a realização de Auditorias Clínicas internas ou externas e através da monitorização sistemática de Indicadores Clínicos, assim como de programas de Desenvolvimento Profissional Contínuo, uma vez que o Desenvolvimento da Qualidade está intrinsecamente ligado à Educação Contínua cujo objectivo comum é a prestação de cuidados de excelência aos doentes (Pisco 2001). A auditoria clínica é, pois, uma análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, que inclui os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente (Sale 1998).

Deste modo, e tal como atrás foi afirmado, a qualidade dos cuidados de saúde depende basicamente de dois factores determinantes: por um lado, de uma boa prática clínica e por outro, do modo como são geridos, estão organizados e são prestados os serviços (Rodrigues et al 1998; Reinhardt 1998).

A qualidade dos serviços de saúde pode ainda ser compreendida através das diversas perspectivas dos seus intervenientes (Ferreira et al 2003; Pisco 2001). De entre os vários intervenientes que utilizam os serviços de saúde a perspectiva do utente assume um papel fundamental, pois é o utente quem recebe directamente a prestação dos cuidados de saúde e é ele quem pode fazer uma avaliação, ainda que subjectiva, dos cuidados que recebeu, bem como do impacte desses mesmos cuidados (Ferreira et al 2003; Neves 2002). Esta perspectiva enfatiza o bem-estar e a satisfação dos utilizadores.

Neste contexto, a qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas dos utentes relativas à prestação de um cuidado específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas (Ferreira et al 2003; Harrigan 1999). Tende a ser uma perspectiva mais individual do que colectiva, dado que as necessidades de cada utente podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades de outros utilizadores, podendo até ir contra a perspectiva dos profissionais de saúde (Pisco 2001).

A perspectiva da saúde pública baseia-se na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos se reflecte na “Saúde da Nação”. Assim, de acordo com esta perspectiva, a qualidade deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que curar a doença. É a perspectiva da promoção da saúde.

A perspectiva baseada nos recursos assenta na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados se refere ao máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos disponíveis. Esta perspectiva valoriza a efectividade dos cuidados de saúde, a redução do desperdício e a promoção da prestação de cuidados de saúde, tendo em vista a avaliação do custo-benefício.

A perspectiva transcendente relaciona qualidade com excelência absoluta. Mas como é impossível quantificá-la e porque os recursos em saúde são sempre escassos, torna-se impossível a sua aplicação aos cuidados de saúde.

A perspectiva dos profissionais valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos. Considera um resultado clínico de sucesso como a principal medida de qualidade. Tradicionalmente valoriza o papel central do médico, embora se tenha vindo a encaminhar para a promoção da perspectiva baseada no trabalho de equipa (Pisco 2001).

A qualidade em saúde parece assim depender do observador, significando várias coisas para vários observadores. Para os doentes significa universalidade, acessibilidade, equidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde; para os prestadores representa capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos de excelência; para os gestores significa eficiência, obtenção dos resultados desejados e rentabilização dos investimentos (Pisco 2001). Para Blumental (1996) qualidade é o “grau a partir do qual os serviços de saúde oferecidos aos indivíduos e às populações aumentam a possibilidade de se obterem os resultados desejados e estão de acordo com os conhecimentos científicos dos profissionais em cada momento” (Fortuna et al 2001:56)

Para Sale (1998), a garantia da qualidade é então a “medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços, tendo em conta os resultados dessa medição” (Sale 1998: 27).

Nesta perspectiva, o objectivo da garantia da qualidade consiste em assegurar ao utente que os cuidados de saúde que lhe forem prestados possuam um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação.

Quadro 1.1 Modelos de análise da qualidade segundo Garvin (1993) e Gillies (1997)

Aplicação aos cuidados de saúde	Características	Perspectivas de Garvin	Perspectivas de Gillies	Características	Aplicação aos cuidados de saúde
Impossível de quantificar. Difícil de aplicar de modo significativo aos cuidados de saúde dado os constrangimentos a nível dos recursos	Relaciona qualidade com a excelência.	Transcendente	Transcendente	A mesma da perspectiva de Garvin.	Pouco utilizada na análise do problema da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde
Ponto de vista comum em relação aos cuidados de saúde: melhores cuidados e maior acessibilidade implica mais profissionais de saúde, mais estruturas de saúde.	Ponto de vista economicista. Quanto maior a qualidade maior o custo.	Baseada no produto: mais qualidade significa maior custo.	Da saúde pública	Baseia-se na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos se reflecte na "Saúde da Nação. A ideia principal é a de que a qualidade de cuidados deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que cuidar a doença	Deve ser encarada como perspectiva estratégica na prestação de cuidados de saúde de qualidade
A adequação à finalidade está comprometida quando os tempos de espera são reduzidos à custa da efectividade dos tratamentos, conduzindo a um aumento das readmissões.	Implica que os serviços prestados cumpram as necessidades dos doentes. Aplica-se a tempos de espera, acessibilidade aos serviços e satisfação dos utentes	Baseada no utilizador: adequação à finalidade.	Baseada nos recursos	Baseia-se na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados se refere ao máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos alocados aos cuidados de saúde	Preocupa-se com a efectividade, com a redução do desperdício e a promoção da prestação de cuidados tendo em vista a avaliação do custo benefício
O resultado da utilização de normas (normas de orientação clínica) será sempre mais a prevenção de problemas do que a promoção da excelência.	Mede a qualidade em termos de conformidade com as especificações. Relacionada com a introdução de protocolos e padrões de qualidade.	Industrial: conformidade com a especificação.	Dos profissionais	Valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos. Considera um resultado clínico de sucesso como a principal medida de qualidade	Enfatiza o papel central do médico embora se tenha vindo a encaminhar para a promoção da perspectiva baseada no trabalho em equipa
Ponto de vista crucial no contexto do SNS. Tende a tornar inadequado aos olhos do público em geral a gestão e os Gestores do SNS. Reconhece e admite que a qualidade é limitada aos recursos existentes.	Capacidade de fornecer o que o cliente quer a um preço que ele possa pagar. Liga qualidade com custo. Antítese da transcendente.	Baseada no valor: qualidade a um preço específico.	Dos utilizadores	Salienta que o bem-estar e a satisfação dos utilizadores é crucial.	Tende a ser uma perspectiva individual mais do que colectiva pois as necessidades de cada utilizador podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades de outros utilizadores assim como podem estar em conflito com a perspectiva dos profissionais.

Fonte: Pisco 2001

1.1.5 Conceito de Saúde e Conceito de Doença

Quando se fala sobre qualidade dos serviços de saúde torna-se imprescindível tentar compreender o significado de outros dois importantes conceitos: o conceito de Saúde e o conceito de Doença, pese embora a dificuldade que isso acarreta, uma vez que estes conceitos envolvem o ser humano na sua globalidade, sublinhando a necessidade deste ser considerado de forma holística já que a sua saúde plena depende da harmonia que se estabelece entre as suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Nenhum sistema de saúde poderá ter êxito na implementação de medidas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde se essas melhorias não forem implementadas com e para os seus clientes externos e internos, já que o conceito de qualidade dos serviços de saúde se cruza com o de qualidade dos cuidados e o de qualidade de vida dos cidadãos, enquanto fenómenos interligados e interdependentes. De acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2000) a qualidade é a percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade.

1.1.5.1 Conceito de Saúde

A saúde numa sociedade está relacionada com o seu contexto social, económico, político e cultural. Nas sociedades anteriores à idade média, encontra-se uma concepção mística da saúde e da doença. A presença ou a ausência da saúde dependia mais dos desejos das divindades do que da competência dos curadores da doença (Castro 2002).

Nas sociedades modernas e contemporâneas o processo saúde-doença passou a ser encarado numa perspectiva mais objectiva e científica. Na Idade Moderna, as doenças eram explicadas principalmente pelas condições ambientais (teoria miasmática)³. Nessa época, a necessidade de mão-de-obra nas indústrias fez com que a

³ Teoria que defendia erradamente, que as doenças eram causadas por emanções (miasmas) que provinham de detritos orgânicos em decomposição, ou de doenças contagiosas, e cuja acção se pode identificar, actualmente, com a dos micróbios.

saúde passasse a ser considerada um factor básico para a produtividade e, por isso, a doença era vista como um transtorno económico (Samuelson 2005; Castro 2002).

Na Idade Contemporânea, particularmente no último século, os fenómenos da saúde e da doença são tratados como processos biológicos e sociais. A saúde já não é concebida apenas como um factor de produtividade, mas como um direito do cidadão (WHO 1948; Castro 2002). Neste contexto, “a saúde não pode ser vista como um fim em si mesma. Ela é, sobretudo, um recurso para a vida” (Ministério da Saúde 1999: 28).

O conceito de saúde surge, assim, associado a um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e actividades que numa sociedade como a nossa é tanto determinado pelo contexto pessoal da experiência humana em que está inserido como pela realidade histórica, sociocultural, científica e mesmo filosófica que ele abarca, estando deste modo relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto e depende de crenças relacionadas com a vida, com o sofrimento e com o significado da morte. Nesta perspectiva, “a saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo” (Rodrigues et al 2005: 11).

Na sua declaração de princípios de 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de saúde como um estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença e de enfermidade e considerou a saúde como um direito fundamental (WHO 1948). O conceito de saúde evoluiu assim para uma dimensão integradora de uma multiplicidade de dimensões que se orientam para a auto-realização do indivíduo (Rodrigues et al 2005).

Terris (1965) apoiado naquela definição redefiniu o conceito de saúde como sendo “o estado de bem-estar físico, mental e social e a capacidade para a função, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Garvin and Tropman 1992: 269).

Nestas duas conceptualizações, amplas e abrangentes, a saúde surge não apenas como a ausência de doença mas como um sentimento de completo bem-estar vivido pelo próprio indivíduo na sua relação com o meio que o rodeia. Por um lado, elas envolvem uma distinção entre a saúde negativamente definida: como a ausência de doença; e saúde como um estado positivo: visto como a presença de bem-estar. Por outro, incluem tanto os aspectos mental e social da saúde, como o aspecto físico (Downie et al 1997).

Nesta perspectiva, “a saúde potencial pode ser percebida como uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional” (Ministério da Saúde 2004: 29).

A análise dos determinantes da saúde revela que pelo menos cinco factores interagem para influenciar a saúde de um indivíduo ou de uma população: os factores biológicos como o envelhecimento e as alterações genéticas; os estilos de vida, incluindo práticas, comportamentos e atitudes; o ambiente que inclui as doenças transmissíveis e as crónico-degenerativas; os factores sociais e económicos como educação, habitação, recursos humanos e estruturais; o uso dos serviços de saúde e a acessibilidade a esses mesmos serviços de saúde.

Cada um destes factores requer uma abordagem adequada quando se pretende avaliar o impacto desses determinantes na saúde da população, uma vez que a saúde não é um conceito absoluto mas algo que pode e deve ser constantemente melhorado. Por essa razão, objectivos de saúde como diminuição da taxa de mortalidade, aumento dos níveis de imunização ou mudanças nos estilos de vida, têm de ser vistos não como fins em si mesmos mas como passos no caminho da melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas (Downie et al 1997; Ministério da Saúde 1999).

Ao ficar explícita a impossibilidade de definir “estado de saúde” pela simples demonstração de “ausência de doença”, “sublinha-se uma nova abordagem conceptual e uma clara viragem de paradigma, a qual reformula a posição do modelo biomédico tradicional e concebe a saúde como um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores” (Rodrigues et al 2005:12).

1.1.5.2 Conceito de Doença

O conceito de doença surge quase sempre associado a expressões como estar doente, sentir-se doente, comportar-se como estando doente. Contudo, na terminologia anglo-saxónica os vocábulos “illness”, “disease” e “sickness” assumem significados diferentes. O primeiro é uma noção menos técnica do que o segundo e significa sensação de desconforto psicossocial na interacção do indivíduo com o meio que o rodeia, sendo-lhe reconhecidos componentes sociais e psicológicas assim como biológicas. O segundo significa ruptura na estrutura ou função biológica do corpo; o

terceiro tem o significado de doença enquanto entidade social, havendo ainda uma distinção entre estar doente, sentir-se doente e comportar-se como estando doente. Assim, a distinção entre o primeiro e o segundo vocábulos reveste-se da maior importância na medida em que este consiste em processos patológicos específicos detectados por meio de procedimentos médicos, enquanto aquele é a reacção individual a este processo (Garvin and Tropman 1992; Downie et al 1997).

A doença é ainda definida por Banta (1986) como sendo “uma falha do mecanismo adaptativo de um organismo para contra actuar adequadamente o estímulo e o “stress” aos quais é submetido, resultando num distúrbio na função ou estrutura de uma parte, órgão ou sistema do corpo” (Garvin and Tropman 1992: 269). Seja qual for a expressão utilizada para definir o estado de doença de alguém ela será sempre incompatível com o seu estado de saúde.

Pode pois dizer-se que as dimensões física, mental e social da doença estão inextricavelmente interligadas: uma doença física séria pode conduzir a uma doença mental (estado de depressão ou ansiedade) ou a um problema social (isolamento, rejeição); igualmente, uma doença mental pode resultar numa doença física (consequências resultantes das tentativas de auto-agressão) ou incapacidade social. De igual modo, os factores físico, mental e social – determinantes da doença – podem perturbar outros aspectos da saúde: por exemplo, um baixo estatuto socio-económico está associado com um conjunto alargado de problemas físicos e mentais.

1.2 Fundamentos da Qualidade dos Serviços de Saúde

Algumas formas de assegurar a qualidade nas práticas de cuidados de saúde perde-se na memória dos tempos, fazendo-nos recuar ao ano 221 a. C. quando a Dinastia Chou, fundada na China por Wu Wang em 1122 a. C., exigiu que os médicos (físicos) fossem submetidos a exame antes de iniciarem as práticas clínicas. Desde então, porque as profissões na área da saúde não foram capazes de conseguir consensos na definição de qualidade de serviços de saúde, pequenos progressos têm sido feitos nesta área ao longo dos séculos (Davis 1992).

Os primeiros estudos sobre a qualidade dos cuidados de saúde foram, muito provavelmente, levados a cabo por Romanos, que, ao que tudo indica, terão feito registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares (Sale 1998).

Porém, o movimento progressivo da melhoria da qualidade só surgiu na área da saúde em meados da última metade do século passado. Assim, o moderno campo da qualidade em saúde não tem mais do que três décadas de existência, como atrás ficou dito.

Contudo, as pesquisas levadas a efeito nos últimos 30 anos têm demonstrado: (a) que a qualidade dos serviços de saúde varia consideravelmente com o tempo, com as expectativas e as experiências individuais, significando diferentes coisas em diferentes situações (Pisco 2001; Brook et al 2000; Garvin and Tropman 1992); (b) que muito provavelmente, a esperança de vida de milhões de pessoas nos países desenvolvidos diminuiu devido à pouca qualidade dos serviços de saúde (OCDE 2004; HOPE 2000, Brook et al 2000); (c) que tanto as políticas governamentais como as do sector privado para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde não têm sido bem sucedidas; (d) que o esforço feito no sentido da melhoria da qualidade dos serviços de saúde não foi capaz de acompanhar o ritmo dos avanços alcançados nas ciências médicas (Brook et al 2000).

Apesar de ser provável que os benefícios obtidos sejam maiores agora do que há três décadas atrás, sobretudo como resultado do investimento nas ciências básicas e na investigação clínica, não há evidência de que se esteja melhor hoje, com a aplicação dos conhecimentos adquiridos, do que se estava há trinta anos atrás. Na verdade, podemos estar pior em consequência do enorme aumento da complexidade das ciências médicas (Brook et al 2000).

Para alterar o curso da situação é necessário uma estratégia coordenada para produzir e colocar ao alcance do domínio público um conjunto de ferramentas que possam ser usadas pelos profissionais de saúde, pelos gestores e administradores e por associações ou grupos de utentes para medir, melhorar e alterar a qualidade dos serviços de saúde. Esta acção requer financiamento governamental sustentado, porque o avanço da ciência, na qual a avaliação da qualidade é baseada, está em constante mudança. Para tal, é necessário transferir alguns dos recursos gastos no avanço das ciências médicas para a reengenharia dos sistemas de saúde com o objectivo de melhorar a sua eficiência e eficácia. Em muitas circunstâncias é possível fazer mais pela melhoria da saúde das populações usando melhor o que conhecemos do que aprendendo novas coisas.

Por outro lado, é necessário que cada país tenha um registo nacional que descreva os seus progressos na melhoria da qualidade dos serviços de saúde baseados em indicadores de qualidade normalizados, inteligíveis e cientificamente válidos. Os registos permitirão esclarecer as implicações das variações na qualidade e avaliar se estão a ocorrer progressos nos esforços dispendidos para aplicar a ciência que tem sido desenvolvida de modo eficiente e eficaz no sentido da melhoria da saúde das pessoas (Brook et al 2000).

O movimento progressivo da melhoria da qualidade na área da saúde encontra os seus fundamentos por um lado, na necessidade de intervir sobre a degradação do ambiente hospitalar que se vinha verificando desde a primeira metade do século XX e parte da segunda, período entre as duas grandes guerras, que exigiam tomadas de acção urgentes com vista à melhoria das condições em que eram prestados os cuidados de saúde, sobretudo a pobres e indigentes.

Por outro, o reconhecimento da falência do modelo biomédico, enquanto paradigma que se preocupava apenas com o tratamento e a reabilitação da dimensão física, exigia que o ser humano fosse considerado na sua globalidade enquanto ser multidimensional. “Ao descentrar a atenção na doença e na patologia e ao focar o indivíduo na sua dimensão total e integradora, introduz-se uma reflexão crítica de natureza epistemológica, abrindo o caminho de novas perspectivas de abordagem, passando do primado das drogas e dos tratamentos para a prioridade da prevenção da doença e da promoção da saúde” (Rodrigues et al 2005: 12)

O nível de desenvolvimento atingido pela sociedade a partir dos anos 50, com o aumento do nível de vida, educação, higiene, modernos meios de transporte, informação e comunicação, saúde e segurança social, trouxe consigo o aumento de conhecimentos, experiências e expectativas dos cidadãos e o conseqüente aumento do grau de exigência no que respeita à qualidade de bens e serviços, incluindo os serviços de saúde, de tal modo que o aumento das expectativas e o grau de exigência dos cidadãos são hoje reconhecidos como elementos fundamentais na organização e gestão dos serviços de saúde (WHO 1986; Ferreira et al 2003; Sale 1998; Pisco 2001; Neves 2002; McIntyre et al 2002).

O reconhecimento da necessidade de serem introduzidas melhorias significativas na qualidade dos serviços de saúde, tanto a nível local como regional, nacional e global,

conduziu à elaboração de documentos, quer a nível internacional, quer a nível nacional, que debatem essa problemática.

Neste domínio merecem particular destaque, a nível internacional, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU 1948) e a Declaração de Princípios da Organização Mundial de Saúde (WHO 1948) que cria um novo conceito de saúde que rompe definitivamente com o modelo biomédico que vigorara até então, passando a encarar o indivíduo numa perspectiva holística, a quem são reconhecidas necessidades biopsicossociais as quais têm de ser satisfeitas para que este possa ser considerado saudável.

Aqueles documentos constituem marcos decisivos para a elaboração de políticas da saúde e a redefinição dos serviços de saúde, estando na base de posteriores tomadas de acção que resultaram na elaboração de documentos de inegável importância para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nas suas vertentes curativa e assistencial, preventiva, promocional e educativa, dos quais se destacam, pela importância de que se revestem para toda a Humanidade os assuntos nelas debatidos: a definição de uma Estratégia Global de Saúde para todos no século XXI (OMS 1986); a Declaração de Alma-Ata (WHO 1978); a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WHO 1986); a Declaração de Adelaide (WHO 1988); a Declaração de Sundsvall (WHO 1991); a Agenda do Rio de Janeiro (ONU 1992); a Declaração de Jakarta (WHO 1997) e a Declaração do México (WHO 2000)

A nível nacional, merecem especial referência os documentos: Saúde um Compromisso – Estratégia de Saúde para o virar do Século: 1998-2002 (Ministério da Saúde 1999), o Programa Operacional Saúde XXI: 2000 – 2006 (Ministério da Saúde s.d.) e o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (Ministério da Saúde 2004) pela importância dos temas neles abordados e pelas expectativas criadas nos diversos extractos da população portuguesa quanto à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo no que respeita à equidade e à acessibilidade.

Estes documentos nacionais são relevantes, sobretudo, por terem colocado a saúde como assunto de interesse na agenda política da nação, tendo-lhe reservado lugar de destaque nas Grandes Opções do Plano contidas nos programas dos sucessivos Governos Constitucionais.

1.3 Compromissos com a Qualidade dos Serviços de Saúde

Na primeira metade da década de 50 do século passado, o mundo vivia os efeitos de uma guerra que depauperou todos os ambientes: político, económico, social e físico. Milhões de pessoas sofriam de subnutrição e encontravam-se desprovidas de condições que promovessem o desenvolvimento humano. Aos horrores do holocausto e da bomba de neutrões juntavam-se os horrores da fome, da miséria e da doença.

Mesmo os países que se haviam mantido afastados do conflito sentiam profundamente os efeitos de uma economia sem vitalidade. Faltava habitação, educação e protecção social. Milhões de crianças e adultos estavam privadas de acesso a cuidados de saúde básicos. Eclodiam as epidemias devido à inexistência de recursos destinados à saúde das populações. Uma sociedade global desorganizada não encontrava espaço para organizar sistemas de saúde sustentáveis que garantissem a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da sua população. Perante tal situação impunha-se um desenvolvimento económico e social baseado numa nova ordem económica internacional.

Com o final do conflito e com o propósito de manter a paz e a cooperação entre as nações foi criado em 24 de Outubro de 1945 um Organismo Internacional designado de Organização das Nações Unidas (ONU), quando 29 nações ratificaram a Carta das Nações Unidas, assinada em S. Francisco, EUA, a 26 de Junho de 1945 por delegados de 51 nações. As origens das Nações Unidas remontam a 1 de Janeiro de 1942, quando foi assinada em Washington a chamada “Declaração das Nações Unidas”.

A recém criada Organização reconhecia que a proscricção da guerra implicava a “criação” da paz, mediante a melhoria das condições sociais e económicas e a “conservação” dessa mesma paz por meio de um instrumento poderoso. Guiada por este princípio dual, a Organização das Nações Unidas estabeleceu a “Carta das Nações Unidas” que tem como objectivo o fomento da colaboração internacional para a solução dos problemas económicos, sociais, educativos e sanitários e a manutenção da paz e segurança (AAVV 2000).

A 26 de Julho de 1946, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, foi elaborada a Constituição da Organização Mundial de Saúde, Organismo das Nações

Unidas fundado em 1948 com o objectivo de estudar e resolver os problemas mundiais de saúde (WHO 1948).

Quadro 1.2 Declaração de princípios da Organização Mundial de Saúde (1948)

<p>“A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade</p> <p>O usufruto do mais elevado nível de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano sem distinção de raça, religião, credo político, condição económica ou social</p> <p>A saúde de todas as pessoas é fundamental para a obtenção da paz e segurança e depende da inteira cooperação dos indivíduos e dos Estados</p> <p>A realização de qualquer Estado na promoção e protecção da saúde é de valor para todos</p> <p>O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e controlo da doença, sobretudo das doenças transmissíveis, é um perigo comum</p> <p>O desenvolvimento saudável da criança é de fundamental importância; a capacidade para viver harmoniosamente num ambiente de mudança total é essencial para tal desenvolvimento</p> <p>A extensão a todas as pessoas dos benefícios do conhecimento médico e psicológico é essencial para a obtenção da saúde</p> <p>Opiniões informadas e cooperação activa por parte do público são da maior importância na melhoria da saúde das pessoas</p> <p>Os governos são responsáveis pela saúde da sua população a qual só pode ser conseguida com a provisão de medidas de saúde e sociais adequadas”.</p>	<p><i>Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity</i></p> <p><i>The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition</i></p> <p><i>The health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States</i></p> <p><i>The achievement of any State in the promotion and protection of health is the value to all</i></p> <p><i>Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is essential to such development</i></p> <p><i>Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development</i></p> <p><i>The extension to all people of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health</i></p> <p><i>Informed opinion and active co-operation on the part of the people are of the utmost importance in the improvement of the health of the people</i></p> <p><i>Government have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by provision of adequate health and social measures</i></p>
---	--

Fonte: WHO 1948

Cientes das necessidades de saúde das populações a nível global, os Estados Membros que ratificaram a Constituição da Organização Mundial de Saúde declararam

que os seus princípios são essenciais para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todas as pessoas.

Paralelamente, era preparada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos do Homem publicada em 10 de Dezembro de 1948. A Declaração considera que os direitos humanos fundamentais radicam na dignidade e valor das pessoas, pelo que são reconhecidos a todos os membros da família direitos humanos iguais e inalienáveis, obrigatoriamente respeitados por todos os Estados, de forma a que o homem não se veja obrigado, como último recurso, a revoltar-se contra a tirania e a opressão (ONU 1948). Esta Declaração Universal, carente de obrigatoriedade jurídica para os Estados, apenas possuiu a força moral que lhe confere o seu próprio conteúdo, radicanado aí todo o seu valor.

No artigo 22.º deste documento é declarado que toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

O artigo 25.º declara que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento e à assistência médica (ONU 1948).

Muito antes, no primeiro quartel do século XX (1923), havia sido já proclamada a Declaração dos Direitos da Criança pela União Internacional de Socorros à Criança.

Quadro 1.3 Princípios da Declaração dos Direitos da Criança

-
- 1- A criança deve ser protegida, independentemente da raça, nacionalidade ou credo
 - 2- Deve ser ajudada, respeitando a integridade da família
 - 3- Deve ter condições para o seu normal desenvolvimento físico, moral e espiritual
 - 4- A criança faminta deve ser alimentada, a doente deve ser tratada, a deficiente ajudada, a inadaptada reeducada, a órfã e abandonada recolhida
 - 5- Deve ser a primeira a ser socorrida após uma calamidade
 - 6- Deve beneficiar internamente das medidas de previdência e segurança social, deve ser posta em condições de, na altura própria, ganhar a sua vida e deverá ser protegida contra todas as formas de exploração
 - 7- Deve ser educada de modo a saber pôr as suas melhores qualidades ao serviço dos outros
-

Fonte: Dagen et al 2000

Esta declaração, seguiu-se a uma tomada de consciência relativamente aos atentados a que muitas crianças estavam sujeitas, não só pela sociedade em geral como pelo Estado e pela própria família (Dagen et al 2000).

Com o fim do conflito todos os países industrializados conheceram um período de prosperidade com um forte aumento das taxas de natalidade. A geração do pós-guerra (baby boom) cresce assim na prosperidade e desenvolve hábitos de consumo muito diferentes das gerações anteriores, com o conseqüente surgimento de novos problemas de saúde que obrigaram a novas formas de organização dos serviços de saúde. Crescem também as desigualdades entre os países desenvolvidos e aqueles em vias de desenvolvimento (Dagen et al 2000).

A Organização Mundial de Saúde, numa acção conjunta com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desenvolve então esforços no sentido de envolver todas as nações a assumirem compromissos que conduzam à implementação de políticas que visem a minimização dos efeitos nefastos provocados pelas desigualdades sociais, políticas, económicas e ambientais que grassavam entre os povos, com fortes reflexos negativos na saúde dos cidadãos e na qualidade dos cuidados de saúde que lhes eram prestados.

Uma das iniciativas tomadas nesse sentido foi o ambicioso compromisso firmado pelos estados membros da Organização Mundial de Saúde na definição de uma estratégia global de saúde para todos: “As Metas de Saúde para Todos no ano 2000” (OMS 1978), onde ficou decidido que o maior objectivo social dos governos e da Organização Mundial de Saúde era obter para todas as pessoas do mundo no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita ter uma vida social e economicamente produtiva, tendo posteriormente adoptado por unanimidade a “Estratégia Global de Saúde para Todos no ano 2000”, dando origem ao movimento “Saúde para Todos”.

Na sequência desse compromisso, foram realizados diversos eventos sob a égide da Organização Mundial de Saúde no sentido de serem evidenciadas áreas e elementos chave para a consecução dos objectivos definidos pela estratégia dos Estados Membros para a obtenção da saúde para todos no ano 2000 e de levarem os Organismos presentes nesses eventos a assumirem compromissos no sentido de desenvolverem políticas e acções que contribuam para a prossecução desses objectivos, os quais só poderão ser

atingidos com o envolvimento de todos na criação dos ambientes que levem à melhoria dos cuidados de saúde e à obtenção de ganhos em saúde.

Os acontecimentos mais importantes a nível global e as suas consequências a nível local são aqui apresentados como estando interligados, numa tentativa de explicar o seu contributo para a melhoria dos serviços de saúde e consequente melhoria da saúde da população, tal como o preconizado na estratégia da Organização Mundial de Saúde.

1.3.1 Cuidados de Saúde Primários

Na sequência dos compromissos assumidos pela Organização Mundial de Saúde com o objectivo de alcançar as metas de saúde para todos no século XXI teve lugar em Alma-Ata, no Casaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (WHO 1978).

Nesta conferência, o foco é centrado na importância dos cuidados de saúde primários como meio para aumentar os níveis de saúde das populações e reduzir as desigualdades de acesso a serviços de saúde, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

O reconhecimento da existência de grandes desigualdades no estado de saúde das populações, sobretudo entre as dos países desenvolvidos e aqueles em vias de desenvolvimento, assim como dentro dos próprios países, entre as diferentes classes sociais, a redução de tais diferenças, consideradas política, social e economicamente inaceitáveis, e a obtenção de níveis de saúde tão elevados quanto possível, são vistas como o maior objectivo social a atingir, mas cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos em conjunto com o sector da saúde.

Os cuidados de saúde primários foram então considerados elementos chave para alcançar as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde – obtenção de um nível de saúde para todos no ano 2000 – que lhes permita desfrutar de uma vida social e economicamente produtiva.

Neste contexto, os presentes naquela conferência apelaram a todos os governos para que se comprometessem a formular políticas nacionais, estratégias e planos de acção que visassem a implementação e sustentabilidade de cuidados de saúde primários como parte integrante dos sistemas de saúde em todo o mundo, sobretudo nos países

desenvolvidos. Apelaram ainda a todos os governos para que em conjunto com a WHO, a UNICEF, outras organizações internacionais, organizações não governamentais, trabalhadores da saúde em todo o mundo e toda a comunidade em geral assumissem o compromisso de apoiarem a sua implementação e sustentabilidade (WHO 1978).

Os cuidados de saúde primários são cuidados de saúde essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente estudados e socialmente aceites, e em tecnologia acessível aos indivíduos e suas famílias e à comunidade. São o primeiro nível de contacto do cidadão, da família e da comunidade com o sistema de saúde, prestando cuidados de saúde tão perto quanto possível das pessoas, seja onde vivem, seja onde trabalham. Reflectem e envolvem características das condições económicas, socio-culturais e políticas do país e das comunidades. Solucionam os principais problemas de saúde na comunidade, prestando serviços de saúde curativos e de reabilitação, de promoção e educação para a saúde e de prevenção da doença, de acordo com as necessidades de saúde das populações. Elevar a qualidade dos cuidados de saúde primários exige o envolvimento de todos.

Portugal, nesta matéria, encontrava-se um passo à frente, dado que desde 1971, com a publicação dos Decretos-Lei n.º 413/71 e 414/71 de 27 de Setembro, se encontravam lançadas as bases para a prestação dos Cuidados de Saúde Primários a partir dos Centros de Saúde de primeira geração, associados ao que então se entendia por saúde pública – incluindo actividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher e da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras (DG n.º 228).

Considerando o que atrás foi dito sobre os factores que influenciam a qualidade dos serviços de saúde – por um lado uma boa prática clínica e por outro o modo como estão organizados e são prestados os cuidados de saúde – é com base na evidência empírica que se constata que a organização de cuidados de saúde primários tiveram um papel decisivo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos, expressa na opinião que os utentes têm acerca da forma como estão organizados e são prestados os cuidados de saúde, como o demonstram estudos realizados nesta área (McIntyre et al 2002; Ferreira et al 2003; Cabral et al 2002; Hespanhol 2005).

1.3.2 Equidade em Saúde

Baseada nos progressos decorrentes da declaração sobre cuidados de saúde primários de Alma-Ata (WHO 1978), a Organização Mundial de Saúde deu mais um passo no processo que visa combater as desigualdades em saúde entre os povos ao realizar a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que decorreu em Ottawa, Canadá (WHO 1986).

Esta Conferência é essencialmente uma primeira resposta às crescentes expectativas no sentido de ser conseguido um novo movimento de saúde pública a nível mundial. Clarificou a relevância e o significado de estratégias chave para a melhoria da saúde das populações e a manutenção de níveis de saúde tão elevados quanto possível, como a criação de ambientes de apoio; o desenvolvimento de competências individuais; o reforço da acção comunitária; a reorientação dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas saudáveis que estabeleçam o ambiente que torna as outras quatro possíveis, dada a sua interdependência (OPSS 2003; WHO 1986).

O combate às desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades; o reconhecimento das pessoas e das populações como o principal recurso da saúde, apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis através de meios financeiros ou outros; a aceitação da comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar; a reorientação dos serviços de saúde e o modo como se organizam; a partilha do poder com outros sectores, outras disciplinas e, acima de tudo, com as próprias populações; o reconhecimento da saúde e da sua manutenção como o maior investimento e desafio social foram os compromissos então assumidos pelos participantes nessa conferência (WHO 1986).

Estas questões, apesar de terem atingido um desenvolvimento considerável em muitos países, continuam a merecer sérias reflexões nos tempos actuais, pois são cruciais para a implementação de melhorias nos serviços de saúde a nível global.

O resultado visível daquela conferência foi a elaboração da “Carta de Ottawa” em promoção da saúde, na qual a promoção de saúde é vista como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem (WHO 1986). Surge assim o conceito de “empowerment” que a literatura da especialidade define como “um processo social multidimensional que

ajuda as pessoas a ganharem o controlo sobre as suas próprias vidas (...) No âmbito do conceito de “empowerment” está a ideia de que é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas a colaborarem nos processos de mudança das suas condições sociais e culturais” (Rodrigues et al 2005: 86).

Considerando que os aspectos que têm sido julgados relevantes aquando da avaliação da qualidade dos serviços de saúde são a equidade, a acessibilidade, o “empowerment” do utente e o seu envolvimento em assuntos relacionados com a sua saúde, assim como a de toda a comunidade, e levando em conta estudos feitos sobre esta problemática, tem sido demonstrada a existência de relação significativa entre estas variáveis e a satisfação dos utentes com os serviços de saúde que lhes são prestados, podendo assim concluir-se que o debate dessas ideias e a sua disseminação tiveram uma importância decisiva na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

1.3.3 Políticas Públicas Saudáveis

Prosseguindo os princípios e objectivos de Alma-Ata e Ottawa, a Organização Mundial de saúde promoveu a realização da segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde que teve lugar em Adelaide, Austrália (WHO 1988). Os presentes nesta Conferência, 240 participantes de 42 países, partilharam experiência na formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, requisito essencial para a implementação das acções identificadas pela Carta de Ottawa.

Foi reafirmado nessa conferência que a saúde é um direito humano fundamental e um próspero investimento social. Assim, a prossecução dos princípios e objectivos definidos em Alma-Ata e Ottawa foi considerada fundamental para atingir as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde. Foi ainda recomendado que a Organização Mundial de Saúde continuasse a desenvolver, de forma dinâmica, as áreas de acção identificadas na Carta de Ottawa.

As políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma relação explícita com a saúde e a equidade em todas as áreas da política e pela responsabilidade pelo seu impacto na saúde e na melhoria dos cuidados prestados. O principal objectivo das políticas públicas saudáveis é criar ambientes de apoio que capacitem as pessoas para

conduzir as suas vidas. Tais políticas tornam possíveis as escolhas em saúde pelo cidadão.

Os presentes nesta conferência reconheceram que as desigualdades em saúde advêm das desigualdades sociais e que a igualdade de acesso aos serviços de saúde é um aspecto vital para a equidade em saúde que só pode ser alcançado com a implementação de políticas públicas saudáveis. Enfatizaram ainda a necessidade de ser avaliado o impacto da implementação das políticas de saúde e de serem desenvolvidos sistemas de informação que apoiem esse processo (WHO 1988).

No interesse da saúde global, os participantes na Conferência de Adelaide reafirmaram o compromisso de constituir uma forte aliança entre os governos para debelar as diferenças existentes entre os povos, em matéria de saúde, tal como o preconizado pela Carta de Ottawa.

1.3.4 Ambientes de Apoio

Em saúde, a designação de ambiente refere-se tanto aos aspectos físicos como aos sociais do meio envolvente, sendo a equidade uma prioridade básica na criação desses ambientes de apoio para a saúde. Neste contexto, a acção para a criação de ambientes de apoio para a saúde tem múltiplas dimensões: física, social, económica e política. A terceira conferência internacional sobre promoção da saúde, que decorreu em Sundsvall, na Suécia (1991), chamou à atenção de todos, em todo o mundo, para a necessidade de se empenharem na construção desses ambientes de apoio essenciais para a saúde.

O reconhecimento de que milhões de pessoas em todo o mundo vivem em extrema pobreza e em ambientes profundamente degradados que prejudicam a sua saúde; que cerca de um bilião de pessoas em todo o mundo têm dificuldades de acesso a cuidados essenciais de saúde; que os sistemas de saúde necessitam indubitavelmente de ser melhorados e que a solução para esses problemas massivos reside na acção social e nos recursos e criatividade individual e das comunidades levou os participantes a apelarem a todos os decisores, em todos os sectores relevantes da sociedade e a todos os níveis, para a necessidade de se unirem em aliança para a consecução do objectivo comum – Saúde para todos no século XXI.

A realização deste potencial exige uma mudança fundamental no modo como cada um vê a sua saúde e o seu ambiente e um claro e sério envolvimento por parte do poder político na elaboração e implementação de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde assim como de ambientes de apoio à saúde (WHO 1991).

Também a Cimeira da Terra realizada no Rio de Janeiro, Brasil, (1992) se debruçou sobre a problemática dos ambientes de apoio. Os presentes nessa cimeira deixaram como resultados palpáveis duas convenções internacionais, uma declaração política e a Agenda 21 – uma ampla estratégia para o desenvolvimento de ambientes de apoio sustentáveis. As áreas de intervenção recomendadas naquele documento são: a satisfação das necessidades de cuidados de saúde com qualidade, sobretudo nas áreas rurais; o controlo das doenças infecto-contagiosas; a protecção dos grupos vulneráveis e o desenvolvimento da saúde urbana (ONU 1992).

Cada uma destas dimensões está inextricavelmente relacionada com as outras numa interacção dinâmica, pelo que a acção tem de ser coordenada a nível local, regional, nacional e global para alcançar soluções que sejam verdadeiramente sustentáveis e tem de reconhecer a interdependência de todos os seres vivos e gerir os recursos naturais tendo em conta as necessidades das gerações futuras.

A dimensão social inclui o modo como as normas os costumes e a pressão social afectam a saúde; a dimensão política requer governos que garantam a participação democrática na tomada de decisão e a descentralização das responsabilidades e dos recursos; a dimensão económica requer uma recanalização dos recursos por forma a obter a “saúde para todos” e um desenvolvimento sustentável, incluindo tecnologia segura e confiável.

Aquele documento constitui um programa a ser implementado ao longo do século XXI pelos Governos, pelas Organizações não Governamentais e demais instituições da sociedade civil, com o apoio das Nações Unidas, e pelas demais instituições multilaterais e nacionais de fomento ao desenvolvimento socio-económico. A Agenda 21 culmina um processo de 20 anos de iniciativas e acções de âmbito local, regional nacional e internacional para deter e reverter a constante degradação dos ecossistemas vitais para a manutenção da vida, bem como alterar as políticas que resultaram em profundas desigualdades entre os países e, no seio das sociedades nacionais, entre as diferentes classes sociais.

É uma proposta consistente que reflecte sobre o modo como se pode alcançar o desenvolvimento sustentável, isto é, como podem os países e as comunidades continuar a desenvolver-se sem destruir o meio ambiente e com maior justiça social. É um planeamento do futuro com acções de curto, médio e longo prazos, por outras palavras, reintroduz a ideia esquecida de que é possível e desejável planear e estabelecer um elo de solidariedade entre as gerações actuais e as futuras gerações.

Porque a saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados, tanto um desenvolvimento insuficiente que conduza à pobreza como um desenvolvimento inadequado que resulte em consumo excessivo, associados a uma população mundial em expansão, podem resultar em sérios problemas para a saúde relacionados com o meio ambiente, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos.

A saúde depende assim, em última instância, da capacidade de gerir eficazmente a interacção entre os meios físico, espiritual, biológico e económico-social. É impossível haver desenvolvimento saudável sem uma população saudável; não obstante quase todas as actividades voltadas para o desenvolvimento afectarem o meio ambiente em maior ou menor grau e isso, por sua vez, ocasiona ou estimula muitos problemas de saúde.

Por outro lado, a ausência de desenvolvimento tem uma acção perniciosa sobre a saúde de muitas pessoas, facto que só o desenvolvimento tem condições de mitigar. Por si própria, a área da saúde não tem como satisfazer as suas necessidades e atender aos seus objectivos; ela depende do desenvolvimento político, social, económico e físico, ao mesmo tempo que contribui directamente para tal desenvolvimento (ONU 1992).

Os assuntos debatidos nestes eventos, sobretudo os relacionados com a equidade, a acessibilidade dos cidadão aos cuidados de saúde, as parcerias intra e inter-sectoriais e a satisfação das necessidades das populações em matéria de cuidados de saúde são variáveis que estão empiricamente relacionadas com a qualidade dos serviços de saúde.

Neste contexto, a abordagem destes temas, ainda que em contexto global, foram manifestamente indutoras da melhoria da qualidade dos serviços de saúde a nível nacional, regional e local.

1.3.5 Novos Actores para uma Nova Era

Os requisitos para a saúde são paz, segurança, educação, segurança social, relações sociais, salário, “empowerment”, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos e equidade.

As actuais tendências demográficas como a urbanização, o aumento do número de pessoas idosas e a alta prevalência de doenças crónicas, coloca novos problemas a todos os países. Outras mudanças sociais, comportamentais e biológicas tais como o aumento do sedentarismo, resistência aos antibióticos e outros medicamentos comuns, o aumento do consumo de drogas, a violência civil e doméstica perturbam a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas. Novas e reemergentes doenças infecciosas e um maior reconhecimento dos problemas da saúde requerem respostas urgentes. É vital que abordagens à melhoria da saúde das pessoas envolvam a procura de alterações nos determinantes da saúde.

Factores transaccionais têm também um impacte significativo na saúde das populações. Estas incluem a integração da economia global, mercados financeiros e de comércio, acesso alargado aos “media” e tecnologias de informação e comunicação e a degradação ambiental resultante do uso irresponsável dos recursos.

Estas mudanças dão forma aos valores das pessoas, moldam os seus estilos e condições de vida em todo o mundo. Alguns têm um grande potencial de saúde tais como o desenvolvimento das tecnologias de informação. Outros, tais como o comércio internacional de tabaco, têm um impacte negativo.

Investigações e estudos de caso em todo o mundo fornecem evidência convincente que formas alternativas de promover a saúde são efectivas (IUHPE 2000). Estratégias em saúde que visem a sua promoção podem desenvolver e mudar estilos de vida e ter um impacte nas condições sociais, económicas e ambientais que determinam a própria saúde. Promover a saúde como forma de elevar os seus níveis nas populações é uma abordagem prática para alcançar maior equidade em saúde.

A saúde é um direito humano, essencial ao desenvolvimento social e económico. Cada vez mais, a promoção da saúde é reconhecida como elemento essencial ao desenvolvimento da saúde. É um processo que torna as pessoas capazes de aumentarem o controlo sobre a saúde e melhorá-la. A promoção da saúde, através de investimento e

acção, tem um impacte marcado nos determinantes da saúde, assim como o potencial de criar maiores ganhos em saúde, contribuir significativamente para a redução das iniquidades em saúde, garantir os direitos humanos e criar capital social. O objectivo último é aumentar a esperança de vida e diminuir as diferenças existentes na esperança de vida entre os países.

Para responder aos problemas emergentes de saúde são necessárias novas formas de acção. Há uma clara necessidade de desfazer as fronteiras existentes entre os sectores governamentais, entre as organizações governamentais e não governamentais e entre os sectores público e privado. A cooperação tornou-se essencial. Requer a criação de novas parcerias para a saúde, isto é, entre os diferentes sectores e a todos os níveis da governação na sociedade.

Assim, a definição de prioridades que visem a promoção da saúde no século XXI, como promover a responsabilidade social na saúde, aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, consolidar e expandir as parcerias na saúde, aumentar a capacidade comunitária e o “empowerment” do indivíduo e assegurar infraestruturas para a promoção da saúde, foram consideradas áreas prioritárias que os presentes na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve lugar em Jakarta, Indonésia, (1997) se comprometeram a desenvolver (WHO 1997).

Relativamente à responsabilidade social na saúde, todos os decisores, públicos ou privados, têm de se comprometer firmemente com as responsabilidades sociais que lhes cabem, e tanto o sector público como o sector privado devem promover a saúde prosseguindo políticas e práticas que não prejudiquem a saúde do indivíduo, protejam o ambiente e assegurem o uso sustentado dos recursos; restrinjam a produção de bens e substâncias que prejudiquem a saúde e o seu conseqüente comércio; desencorajem práticas não saudáveis de “marketing”⁴; salvaguardem o cidadão no mercado do trabalho e o indivíduo no seu local de trabalho; incluam a avaliação da equidade em saúde como parte integrante do desenvolvimento das políticas.

No que se refere aos investimentos na saúde é reconhecido por todos que em muitos países o investimento corrente em saúde é desadequado e muitas vezes ineficaz e

⁴ “Marketing”, “ciência que estuda, nos diferentes contextos ambientais dos mercados, as formas como se criam, mantêm ou desenvolvem relacionamentos transaccionais, internos e externos, pelos quais as entidades individuais e colectivas procuram satisfazer as suas necessidades e desejos” (Carvalho 2005:31).

que o aumento do investimento nesta área requer uma abordagem verdadeiramente multisectorial, incluindo, por exemplo, recursos adicionais para a educação e para a habitação, a par com os investimentos para o sector da saúde.

Maiores investimentos na saúde, assim como a reorientação dos investimentos existentes são, pois, essenciais para obter ganhos significativos tanto no desenvolvimento humano como na saúde, assim como na qualidade de vida das populações. Os investimentos na saúde reflectir-se-ão sobretudo nas necessidades de grupos específicos como as crianças, os pobres e os marginalizados.

Relativamente à consolidação e expansão das parcerias em saúde é sabido que tanto na área da saúde como em qualquer outro sector da sociedade o estabelecimento de parcerias é um processo sinérgico, onde o todo é mais do que a soma das partes. As parcerias oferecem benefícios mútuos através da partilha de conhecimentos, competências e recursos. Todos os parceiros têm de ser transparentes e responsáveis e basearem-se em princípios éticos, compreensão e respeito mútuos.

No que se refere ao aumento das capacidades da comunidade e ao “empowerment” do indivíduo, a Organização Mundial de Saúde tem alertado que tanto a melhoria da habilidade do indivíduo para a tomada de acção como a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades têm o potencial para influenciar os determinantes da saúde. Melhorar a capacidade das comunidades requer educação prática, formação de líderes e acesso a recursos. O “empowerment” do indivíduo exige o acesso firme e confiante ao processo de tomada de decisão.

Relativamente às infraestruturas, os “settings” representam a base organizacional para que a saúde possa ser promovida. As mudanças em saúde significam que novas e diversas redes têm de ser criadas para conseguir a colaboração intersectorial. Tais redes têm de providenciar assistência mútua com e entre países e facilitar a troca de informação.

Os compromissos assumidos pelos participantes na conferência de Jakarta incluem a partilha das mensagens essenciais da declaração aí produzida com os governos, instituições e comunidades no sentido de porem em prática as acções propostas e que reflectem os compromissos firmados pelos participantes na obtenção de recursos para procurar resolver os determinantes da saúde no séc. XXI.

Os assuntos debatidos nesta conferência, sobretudo os relativos aos recursos para a saúde e às infraestruturas, são aspectos que têm sido considerados como tendo uma influência directa na melhoria da qualidade dos serviços de saúde largamente estudados. Serviços de saúde que disponham de adequados recursos humanos, técnicos e financeiros e infraestruturas adequadas têm sido percebidos pelos utentes como prestando serviços de saúde com melhor qualidade.

1.3.6 Chamada para a Acção

Apesar de todos os progressos e melhorias alcançados na prestação de serviços de saúde persistem ainda muitos problemas de saúde em muitos países do mundo que impedem o desenvolvimento económico e social, os quais têm de ser urgentemente resolvidos para que haja uma maior equidade no acesso à saúde e ao bem estar das populações (WHO 2000).

O reconhecimento de que a promoção da saúde é uma prioridade das políticas e programas a nível local, regional, nacional e internacional foi um dos êxitos alcançados pelos participantes na quinta Conferência Internacional sobre promoção da saúde, que decorreu na cidade do México em 2000, assim como a assunção do compromisso em apoiarem a elaboração de planos de acção que contribuam para a melhoria das condições da saúde das populações, em conjunto com a participação activa de todos os sectores da sociedade, de acordo com o contexto nacional mas também de acordo com o seguinte quadro conceptual: (a) identificar as prioridades de saúde das populações; (b) estabelecer políticas públicas saudáveis e programas direccionados para a resolução dos problemas; (c) apoiar as pesquisas conducentes à aquisição de conhecimentos sobre as prioridades seleccionadas; (d) mobilizar os recursos financeiros e operacionais necessários para criar a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação monitorização e avaliação dos planos de acção (WHO 2000).

Em jeito de análise pode dizer-se que, qualquer que seja o enfoque dado às questões, sempre que estas se relacionem com a vida do ser humano, toda e qualquer alteração introduzida nas dimensões política, social, económica e ambiental tem repercussões a nível das dimensões física, psíquica, emocional e espiritual do indivíduo.

Ainda que as consequências não sejam percebidas no imediato se-lo-ão a curto, médio ou longo prazos. Nesta perspectiva, qualquer mudança de atitudes, comportamentos, crenças e valores tem repercussões na qualidade de vida das pessoas, e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos impõe melhorar os ambientes físico, político, económico e social.

Nenhum sistema de saúde poderá prover serviços de saúde com qualidade sem acautelar os ambientes que os tornam possíveis. Procurar mitigar os efeitos sem identificar as causas pode minimizar a “dor” mas não acaba com o “sofrimento”. Por outras palavras, procurar obter melhores níveis de saúde para todos passa pelo mais profundo respeito e garantia dos mais elementares direitos de cada cidadão: paz, segurança, educação, segurança social, relações sociais, salário, “empowerment”, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos e equidade.

1.4 Desafios da Qualidade dos Serviços de Saúde

Um dos mais importantes progressos nos cuidados de saúde, durante a década passada, foi a tomada de consciência por parte da população dos problemas da qualidade dos serviços de saúde.

Sendo reconhecido que a qualidade dos cuidados prestados aos doentes depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados e são prestados os serviços aos doentes (Rodrigues et al 1998), a introdução de políticas de melhoria da qualidade nos serviços de saúde tem de atender a estas vertentes, no sentido da redução da variabilidade e da estruturação dos serviços de saúde, de molde a satisfazer as necessidades dos cidadãos, assegurando assim que os recursos humanos, financeiros, equipamentos e informação são utilizados da forma mais racional e eficiente possível.

Os maiores desafios que se colocam actualmente aos sistemas de saúde em todo o mundo consistem por um lado, em integrar as diversas áreas de intervenção dentro de um quadro conceptual e metodológico de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que garantam a sua eficiência e eficácia com total garantia dos direitos, deveres e liberdades de cada cidadão.

Por outro, tem de ser dada à qualidade dos serviços de saúde um lugar de destaque na agenda política e por fim, garantir os recursos necessários para o fortalecimento do planeamento de acções de melhoria da qualidade. Assim, as áreas que se constituem como desafios prioritários na prossecução desses objectivos incluem: a prática clínica, a organização e prestação de cuidados de saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde, a equidade, a cidadania, a satisfação dos utentes, as acções para a mudança, a promoção da saúde, as agências de contratualização, a gestão do conhecimento e o “benchmarking”.

1.4.1 Prática Clínica

A evidência mostra que, nos Países da OCDE, continuam a existir deficiências muito sérias na qualidade dos serviços de saúde que resultam em mortes desnecessárias, em incapacidade e em morbilidade (OCDE 2004). Por essa razão, um dos desafios da qualidade dos serviços de saúde assenta no princípio básico da necessidade de reduzir o número de erros, aspecto que continua a ser um dos grandes desafios para os cuidados de saúde.

Segundo dados do Relatório do Grupo de Trabalho para a Qualidade dos Cuidados Hospitalares, investigações recentes demonstraram que um em cada dez utentes sofre de problemas evitáveis e efeitos adversos relacionados com os cuidados recebidos, sendo a variação entre os prestadores bastante grande e não podendo ser explicada apenas pelas características dos utentes (HOPE 2000).

Considerando o número de erros e a variação existentes, a aplicação dos princípios básicos de gestão dos processos continua a ser indispensável, necessitando, para o efeito, que os processos específicos de produção dos cuidados se tornem transparentes e mensuráveis (HOPE 2000; OCDE 2004).

São três os tipos de problemas relacionados com a qualidade dos serviços de saúde identificados pela OCDE. Em primeiro lugar, alguns serviços são prestados quando, de acordo com as normas de evidência médica, não o deveriam ser. Um segundo tipo de problemas da qualidade é o facto de nem sempre os pacientes terem acesso a alguns serviços básicos de saúde com os quais poderiam vir a beneficiar. O terceiro tipo de problemas da qualidade está relacionado com cuidados de saúde

realizados erradamente e tecnicamente pobres. Estes exemplos incluem os erros cirúrgicos e os erros na administração de medicamentos (OCDE 2004).

Como parte integrante de esforços mais vastos para acompanhar e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, muitos países da OCDE iniciaram a monitorização de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde com o intuito de realizarem uma análise comparativa. Tais esforços podem ser reforçados graças ao desenvolvimento de ferramentas como as normas de orientação clínica e os padrões de desempenho que promovem a prática da medicina fundamentada em evidências.

Também a melhoria dos sistemas de registo e o acompanhamento dos dados dos pacientes, dos níveis de saúde da população e dos cuidados de saúde são essenciais para os grandes avanços a serem feitos na melhoria da qualidade. Históricos clínicos, prescrições médicas e relatórios de testes clínicos em suporte de papel não podem beneficiar quer da exactidão, quer do acesso, quer da partilha da informação.

Nas organizações de saúde onde foram implementados sistemas automatizados de informação relativa à saúde observou-se um impacto positivo na qualidade e nos custos dos cuidados. Os hospitais da Austrália e dos Estados Unidos que adoptaram os sistemas automatizados para tratar as prescrições médicas hospitalares conseguiram uma notável redução da taxa de erros médicos e, conseqüentemente, das sequelas nos pacientes daí decorrentes, resultando em nítidas melhorias da qualidade e em internamentos mais curtos. Os médicos devem, por isso, ser incentivados, por meio de iniciativas que recompensem a prática da medicina fundamentada na evidência, vital para estimular cuidados de alta qualidade, a enfrentarem os custos dos investimentos em sistemas de dados automatizados necessários à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (OCDE 2004).

Também os avanços registados na área das ciências médicas oferecem oportunidades para melhorar a qualidade dos cuidados ao utente e os resultados relativos à saúde mas podem, por sua vez, elevar os custos integrados. As incertezas relativas aos custos e benefícios colocam dificuldades à tomada de decisão na adopção e pagamento das novas tecnologias ligadas à saúde, o que por sua vez afecta, de modo diferente, a sua difusão pelos diversos países, e dentro destes, pelas diferentes organizações do sistema de saúde, influenciando o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde com qualidade.

1.4.2 Organização e Prestação de Cuidados de Saúde

A situação actual da prestação de serviços de saúde caracteriza-se por uma escassa cultura de qualidade expressa na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores e por um insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica, apesar de ser hoje reconhecida a necessidade da existência de um conjunto de suportes que fornecem bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica e de estar demonstrada a sua efectividade na integração das actividades das diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, por forma a reduzir a variabilidade não desejada e reforçar a adopção de boas práticas.

A falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, válidos e fiáveis, que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde e o défice organizacional dos serviços de saúde, patente no grande desequilíbrio existente entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de liderança em que estes trabalham, denunciam de igual modo a ausência de uma cultura da qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde 2004).

Neste contexto, os desafios para melhorar a qualidade dos serviços de saúde passam também por uma melhor organização e prestação dos cuidados de saúde.

1.4.3 Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Um dos focos de descontentamento dos cidadãos com os serviços de saúde é o problema da acessibilidade a cuidados de saúde quando deles necessitam, apesar de ser reconhecido que o acesso fácil e digno aos cuidados de saúde é uma prioridade. E se é verdade que há questões de saúde pública tão importantes como o acesso aos cuidados de saúde, sem haver uma “resposta pronta” quando as pessoas sentem que precisam de ajuda, não só o sistema de saúde perde credibilidade no seu todo como dificilmente terá a base social de apoio para fazer outras coisas (O Público 2005).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade transformou-se assim num dos desafios prioritários da política de saúde. O reconhecimento explícito pelo Ministério da Saúde (1999) da necessidade de ser melhorado o acesso dos utentes aos cuidados de

saúde conduziu aquele organismo à conceptualização de acesso como sendo “a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no local e no momento em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde” (Ministério da Saúde 1999: 67). E, pese embora os esforços despendidos, não há evidências de se terem conseguido as tão proclamadas melhorias da qualidade dos serviços de saúde no que respeita ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Muitos são os factores que têm influenciado de modo negativo o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde com qualidade, nas mais variadas áreas de intervenção clínica, e que foram apontadas pelos organismos competentes como necessitando de orientações estratégicas e de uma intervenção adequada, entre os quais se salientam:

A baixa cobertura de consultas médicas pré-concepcionais que dificulta a equidade de acesso a serviços de saúde especializados às mulheres em idade reprodutiva (Ministério da Saúde 2004).

A quase inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos, levando a que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave tenham deficiente acessibilidade a cuidados adequados e ocupem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento ou então se encontrem no domicílio, entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informais que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global (Ministério da Saúde 2004).

A ausência do reconhecimento explícito nos diversos programas de acção dos problemas específicos das mulheres, nomeadamente os relativos à menopausa e a outros problemas que parecem afectar as mulheres de forma diferente, como as doenças do sistema circulatório, as perturbações nutricionais, a osteoporose, o cancro da mama, o abuso sexual, a violência doméstica, a SIDA e outras infecções sexualmente transmissíveis, tem contribuído para uma deficiente acessibilidade das utentes aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde 2004).

A falta de enquadramento eficaz na realização de rastreios do cancro, de forma uniforme e coordenada pelos organismos estatais competentes, tem tido como resultado assimetrias no acesso com a consequente falta de avaliação de largos sectores da

população em risco. De ressaltar, no entanto, a acção meritória e generosa da Liga Portuguesa Contra o Cancro, no caso particular do cancro da mama feminina, e da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, no caso do cancro do colo e recto (Ministério da Saúde 2004).

A limitação do acesso à assistência oncológica, em particular devido ao desenvolvimento não programado de unidades de oncologia médica e, paradoxalmente, devido a demasiada concentração da procura de intervenção cirúrgica, particularmente ao nível dos grandes centros urbanos, tem tido como consequência a geração de listas de espera (Ministério da Saúde 2004).

A deficiente acessibilidade dos cidadãos portadores de doenças do sistema circulatório, apesar da Via Verde Coronária, coordenada pelo Instituto de Emergência Médica, estar aprovada há já alguns anos; a baixa efectividade a nível populacional das intervenções terapêuticas, apesar da sua comprovada eficácia, e a dificuldade no acesso à transplantação cardíaca, sobretudo devida a graves deficiências organizativas e estruturais; a falta de equipas profissionalizadas que se dediquem à insuficiência cardíaca grave e à transplantação e que envolvam cardiologistas, cirurgiões cardíacos, médicos de outras especialidades e enfermeiros com uma atribuição racional de tarefas; a falta de infra-estruturas, nomeadamente zonas de internamento e de consulta, bem como o acesso aos exames subsidiários necessários, têm contribuído para que as doenças do sistema circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, se encontrem entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, a par com os comportamentos pouco saudáveis da população portuguesa que contribuem para o aumento do risco de doença cardiovascular (Ministério da Saúde 2004).

A falta de acessibilidade aos serviços de saúde no domínio das doenças oculares, apesar destas doenças atingirem em Portugal cerca de 4 000 000 de cidadãos, dos quais 700 000 apresentam uma baixa de visão não passível de correcção com lentes, e destes 40 000 são cegos; 20% das crianças e metade da população adulta portuguesa sofrem de erros de refração; mais de 5 000 000 de pessoas usam óculos ou beneficiariam com o seu uso; 210 000 sofrem de diminuição da visão e 1 300 são cegos devido a doenças da córnea; 170 000 pessoas sofrem de cataratas, havendo 35 000 cegos por esta doença; 100 000 pessoas sofrem de glaucoma, havendo 33 000 que apresentam uma cegueira

irreversível. Dos 500 000 diabéticos existentes em Portugal, 15 000 estão em risco de cegueira; a ambliopia e o estrabismo afectam cerca de 300 000 pessoas. Se se considerar que 1/3 de todas as novas cegueiras poderiam ser evitadas se as pessoas tivessem acesso atempado à tecnologia oftalmológica existente no País, pode intuir-se da gravidade da situação devida apenas à falta de acesso a serviços de saúde adequados (Ministério da Saúde 2004).

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde à população com perturbações psiquiátricas, sobretudo devidas aos limitadíssimos recursos existentes nos serviços públicos e a uma resposta desajustada às necessidades destas populações, em conjunto com o não reconhecimento e o incentivo à formação dos profissionais de saúde e com a ausência de formação e informação a familiares e/ou prestadores informais de cuidados, têm impedido uma resposta adequada dos serviços de saúde de modo a integrar os aspectos biopsicossociais numa abordagem global, apesar da prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral rondar os 30%, das quais 12% são perturbações psiquiátricas graves. As perturbações emocionais e comportamentais das crianças e dos adolescentes têm uma prevalência elevada, entre 15 a 20%, segundo estudos internacionais, não se conhecendo com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade (Ministério da Saúde 2004).

A dor, tradicionalmente negligenciada, tem sido subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde. Pela sua frequência, elevado potencial para causar sofrimento e gerar incapacidade, pela abstenção laboral que provoca e ainda por estar cientificamente provado ser tratável em 90% das situações, a dor, seja de causa oncológica, reumatológica, de SIDA, ou outra, constitui um importante problema de saúde pública que urge combater.

Contudo, apesar das principais orientações estratégicas para a problemática da dor se encontrarem definidas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, o acesso dos doentes a cuidados especializados é dificultado tanto pelo reduzido número de unidades de tratamento da dor existentes (em 1999 existiam 21 unidades de tratamento da dor de nível básico, 6 de nível I, 9 de nível II e nenhuma de nível III) como pela irregular distribuição geográfica destas unidades, que deixam a descoberto o interior do País, verificando-se ainda que as poucas unidades de dor existentes resultam, frequentemente, mais devido ao empenhamento de alguns profissionais mais vocacionados e treinados

para o tratamento do dor do que de um esforço institucional para a sua criação (Ministério da Saúde 2004)

A organização deficiente dos cuidados de saúde aos idosos, a todos os níveis, não tem permitido dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida, criando por um lado dificuldades na equidade de acesso a serviços de saúde específicos e por outro, permitindo o apoio por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais) e internamentos evitáveis e em locais não adequados (Ministério da Saúde 2004).

A dificuldade de acesso dos utentes em tempo útil às cirurgias electivas, com o consequente engrossar das listas de espera com tudo o que isso tem de iníquo, são alguns dos desafios com que se debate a qualidade dos serviços de saúde cuja denúncia não pode deixar de ser aqui feita.

1.4.4 Equidade

Outro desafio que tem de ser vencido para melhorar a qualidade dos serviços de saúde é o da equidade, isto é, proporcionar cuidados de saúde para todos numa base igualitária, dado que a saúde para todos é, cada vez mais, vista como um direito humano básico (WHO 1948).

Em Portugal, o princípio da equidade está salvaguardado em dois documentos fundamentais de inegável importância em matéria de política da saúde: a Constituição da República Portuguesa que no seu artigo 64.º ponto 2, alínea a) estabelece que o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito, e a Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde – que na Base II, política de saúde, ponto 1, alínea b) consagra que “é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (DR n.º195: 3452).

Considerando a equidade “como referida ao conjunto de recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais” (Serrão et al 1998: 113) e apesar dos enormes avanços conseguidos em Portugal nas últimas décadas em

matéria de recursos de saúde, uma das desigualdades mais claras que existem na dotação de serviços de saúde é a que se verifica entre as áreas rurais e urbanas. Esta desigualdade pode ser explicada pela diferença de custos na dotação de serviços que são mais elevados nas áreas rurais de baixa densidade populacional (Santana 1993).

A percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão e o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular para que de uma maneira efectiva se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde (Ministério da Saúde 2004).

Assumindo que o “acesso equitativo a cuidados de saúde é um direito social a que o Estado não pode ser alheio, há que defrontar uma questão de fundo que é a da influência das desigualdades sociais sobre o estado da saúde” (Serrão et al 1998: 20) quando a evidência tem mostrado que cuidados de saúde inadequados são especialmente prejudiciais para os economicamente mais desfavorecidos (WHO 2000) não só porque estes tendem a estar mais vezes doentes mas também porque quase todo o seu rendimento é derivado do trabalho.

Nesta perspectiva, a saúde para os mais pobres, para além das questões da equidade, é também um bom investimento social, uma vez que uma população saudável é mais produtiva, aumenta os rendimentos e requer menos cuidados de saúde (Samuelson 2005; Ministério da Saúde 2004).

1.4.5 Cidadania

O cidadão e a sociedade são a razão de existir do sistema de saúde. Por outras palavras, melhorar a saúde é a razão de ser do sistema de saúde e, inquestionavelmente, o seu objectivo primordial: se os sistemas de saúde nada fizerem para proteger ou melhorar a saúde dos cidadãos não há qualquer razão para a sua existência (WHO 2000).

Tantos os cidadãos como os serviços de saúde têm papéis fundamentais na melhoria da saúde individual e colectiva. Adoptar e facilitar a adopção de estilos de vida saudáveis, assim como participar activamente na criação de um meio físico e social que possibilite mais bem estar são direitos e deveres de todos os cidadãos e das suas associações. Uma maior participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades pela protecção e promoção da sua própria saúde implica também poder participar no desenvolvimento dos serviços de saúde bem como na defesa dos valores éticos que os sustentam (Ministério da Saúde 1999).

A participação dos cidadãos constitui um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde (Neves 2002; Ferreira et al 2003; Pisco 2001). Na perspectiva destes autores, os destinatários da acção são quem exclusivamente sente os problemas ou necessidades a que se quer dar resposta e, conseqüentemente, quem melhor pode ajudar a encontrar as soluções mais adequadas.

Esta “posição de aprendizagem é condição indispensável à viabilização da participação, porque se acredita que é útil. Mas não só. Também no tocante à aplicação das soluções se pode considerar que uma aceitação e participação activa contribui para a sua eficácia e para a rentabilização dos meios disponíveis” (Neves 2002: 165).

Acresce ainda que cidadãos melhor informados são mais exigentes na defesa dos seus direitos e, em virtude disso, mais capazes de porem em causa a tradicionalmente inquestionável autoridade dos profissionais (Pisco 2001).

Formas activas de participação são desejáveis em situações várias de desenvolvimento de programas e projectos de intervenção na comunidade: prevenção da doença, promoção da saúde e educação para a saúde. Para tal, é necessário que, “de uma maneira efectiva, se aumentam as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde” (Ministério da Saúde 2004: 63).

Para além de um envolvimento nas decisões individuais sobre a própria saúde e um “empowerment” desenvolvido através de uma estratégia de gestão integrada da doença, outros mecanismos de participação devem ser desenvolvidos, encorajados e apoiados. As experiências nacionais nesta matéria, apoiadas pelo Ministério da Saúde, incluem linhas electrónicas directas entre os utentes e os seus médicos de família e

conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) a apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais. Embora estes mecanismos formais para encorajar a participação dos cidadãos nos sistemas de saúde estejam legislados, “geralmente não são concretizados na prática” (Ministério da Saúde 2004: 98).

Mas se uma maior participação do indivíduo no sistema de saúde é desejável e exigível, a necessidade de promover o “empowerment” comunitário e social, através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade como as associações de doentes, de consumidores, de utilizadores, comunicação social e sindicatos, de forma a influenciarem o comportamento dos prestadores de saúde, das organizações profissionais e da administração pública em geral, no sentido de fortalecer a posição do indivíduo na sua relação com os prestadores, não é de somenos importância.

Denunciar, de forma construtiva, erros na prestação de cuidados de saúde; dar assistência, mobilizando e canalizando os recursos apropriados para apoio às actividades que conduzam a uma acção correctiva desses erros; colaborar na melhoria da prestação de cuidados de saúde e na reforma das políticas de saúde são também comportamentos de cidadania.

Uma cidadania iluminada manifesta-se também através de escolhas informadas que respeitem as necessidades de racionalização e racionamento para permitir a sustentabilidade do sistema de saúde. Estas escolhas passam não só por responsabilidades por parte do legislador em garantir a saúde pública, criando condições de acesso aos cuidados considerados prioritários pela sociedade, mas também por responsabilidades por parte do cidadão em adoptar comportamentos mais saudáveis e em utilizar os serviços de saúde o mais racionalmente possível, valendo-se da melhor informação que lhe é disponibilizada.

Porém, tal como o reconhece o próprio Ministério da Saúde, o envolvimento cívico dos cidadãos nas causas relacionadas com a saúde, fruto de um esforço de mobilização dos indivíduos através das estruturas comunitárias, não tem ocorrido naturalmente nem tem sido clara e fortemente estimulado pelos actores da saúde responsáveis (Ministério da Saúde 2004).

Contudo, não se pode nem deve esquecer que as expectativas de mobilização da sociedade civil dependem da definição dos resultados esperados. No entanto, o

envolvimento das organizações implantadas na sociedade civil nem sempre é encarado do mesmo modo pelos serviços prestadores de cuidados de saúde. Se este envolvimento não estiver bem alicerçado ou não for desejado, poder-se-á estar a comprometer o sucesso de todo o trabalho (Ministério da Saúde 2004). Porém, a proliferação de organizações da sociedade civil dedicadas ao sector da saúde ou sectores afins é um indicador do potencial para fortalecer o envolvimento desta mesma sociedade civil.

Neste contexto, também os profissionais de saúde devem adoptar comportamentos de cidadania, uma vez que a evidência empírica mostra que a satisfação do utente com a qualidade do serviço depende, em grande medida, do modo como se processa a relação entre os profissionais e o utente (Rego 2002; Neves 2002; Ferreira et al 2003).

Comportamento de cidadania significa aqui a disponibilidade dos profissionais de saúde para levarem a cabo acções espontâneas que, embora não sendo “obrigatórias” e garantidamente recompensadas, contribuem para que os grupos e organizações prossigam as suas finalidades de modo mais eficaz, ou seja, para assumirem comportamentos “extra papel”, significando comportamento extra papel “o comportamento discricionário que ultrapassa as expectativas de papel existente, e que beneficia a organização e/ou é levado a cabo com essa intenção” (Rego 2002: 2).

Também a participação interinstitucional alargada, com trabalho em rede, capaz de congrega os saberes e recursos indispensáveis à resolução dos problemas, cada vez mais complexos, garantindo a complementaridade de papéis, a constituição de parcerias em função de objectivos concretos, o desenvolvimento de programas e projectos com outros serviços são, hoje, soluções organizacionais indispensáveis no sector da saúde.

Exemplos que indiciam uma evolução neste sentido são as iniciativas dos sistemas locais de saúde com a criação de uma estrutura de articulação interinstitucional, abrangendo, no seu conteúdo, cuidados de saúde primários e secundários, prestação de cuidados individuais de saúde e saúde pública, acção curativa e preventiva, e chamando à participação, de acordo com o grau de sensibilização, quer estruturas do Serviço Nacional de Saúde, quer do sistema de saúde em geral e estruturas de carácter social e comunitário (Neves 2002).

Nestas experiências é enfatizada a dimensão local, chamando a atenção para políticas integradas de desenvolvimento local e comunitário, centradas na qualidade de

vida em geral, para a qual concorrem, para além do sector da saúde, os sectores da educação, da ciência e tecnologia, do emprego, do ambiente, da agricultura, da economia, da justiça, da defesa e da cultura, o que pode apelar, a médio prazo, para o concurso destes vários sectores para o exercício de uma “governança horizontal” (Ministério da Saúde 1999; 2004; Neves 2002). Apesar de não ser esse o seu objectivo fundamental, estes sectores podem contribuir grandemente para a melhoria da saúde das populações.

As questões de desigualdade de género são um exemplo em que a intersectorialidade entre a Saúde, a Justiça, o Trabalho e a Solidariedade Social, assim como o sector não governamental, são essenciais para garantir uma resposta adequada a problemas com fundas raízes sociais e culturais.

A formatação de políticas intersectoriais concertadas, cujo reflexo administrativo seja a cooperação interministerial, numa lógica de impacte global para a melhoria da saúde, bem como uma gestão integrada da doença, seja ela infecciosa ou cronicodegenerativa, por todos os envolvidos: pacientes, administradores, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou outros profissionais, é um imperativo de cidadania que se impõe (Neves 2002; Ministério da Saúde 1999; 2004).

1.4.6 Satisfação dos Utentes

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves 2002).

Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre et al 2002).

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e porque razão. É, no entanto, igualmente

importante, fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão (Sakellarides 2003).

Os cidadãos de um país, no seu conjunto, são capazes de identificar, ou pelo menos sentir, a Qualidade do seu sistema de saúde. Podem, individualmente, deixar-se abstrair pelo acessório, esquecendo o principal, pode o brilho da tecnologia sobrepor-se ao carinho da assistência, pode a aparente eficiência das manobras dispensar a informação devida ao cidadão doente e família, mas ninguém se iluda. Mesmo sem dimensão objectiva, o cidadão reconhece a Qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde, reconhece-o sempre e, directa ou indirectamente, acaba por recompensar quem por ele lutou (Campos 2001).

A primeira demonstração de apreço ou desagrado expressa-se, formal ou informalmente, no acto de prestação do próprio serviço de saúde. Esta fonte de informação não pode ser menosprezada, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos funcionários que estão na primeira linha de contacto. É importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (Neves 2002).

O “livro de reclamações” e a “caixa de sugestões”, que em parte se introduziu nas rotinas dos serviços de saúde, não tem tido o devido aproveitamento gestor. Porém, o aproveitamento das fontes espontâneas de informação não invalida a necessidade de estudos específicos do grau de satisfação dos utentes, permitindo análises mais rigorosas ou especializadas, cujos resultados são considerados importantes para influenciar actuações futuras e explicitar junto dos cidadãos os reflexos organizacionais da expressão das suas opiniões, sem que isso signifique o seu acatamento cego (Neves 2002).

A satisfação e as suas diversas dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados e há evidências de que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos doentes. Os doentes que estão mais insatisfeitos com os seus cuidados de saúde estão mais predispostos a não seguirem as indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo mostrar melhorias pouco significativas devido à não continuidade de cuidados (Ferreira et al 2003).

A evidência mostra ainda que a satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados pelas organizações que integram o sistema de saúde português, enquanto indicador da qualidade dos serviços que lhes são prestados, tem mostrado graus variados de acordo com as dimensões em estudo, como o demonstram estudos até agora realizados, uns mais aprofundados do que outros, como o estudo sobre a “Saúde e Doença em Portugal” (Cabral et al 2002); o estudo sobre a “Imagem dos Serviços Públicos em Portugal” realizado pela Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado, onde 66,6% dos inquiridos se manifestaram satisfeitos ou muito satisfeitos com o Serviço Nacional de Saúde e 33,4% nada satisfeitos (Hespanhol 2005); o estudo sobre “A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação”, onde 34,60% dos utentes avaliaram os cuidados recebidos como bons, 4,70% como muito bons e 9,50% se mostraram insatisfeitos, sendo os aspectos da acessibilidade aqueles que apresentaram maior insatisfação (McIntyre et al 2002); ou o estudo sobre a “Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados” (Ferreira et al 2003).

Neste estudo, no que respeita à satisfação dos utentes com as consultas privadas, verificou-se que 86,4% dos inquiridos responderam estarem totalmente satisfeitos com a qualidade do serviço prestado pelo médico; 79,0% totalmente satisfeitos com a qualidade do atendimento do empregado do consultório; 76,4% totalmente satisfeito com o tempo de espera para marcar a consulta; 68,8% totalmente satisfeito com o tempo de espera no consultório para além da hora marcada; 70,7% totalmente satisfeito com a qualidade das instalações; e 39,2% totalmente satisfeito com a adequação do preço da consulta. O parâmetro em relação ao qual os utentes se mostram insatisfeitos é com a adequação do preço da consulta (15%), seguido do tempo de espera no consultório (5%) (Ferreira et al 2003).

Os dados obtidos apontam para várias áreas importantes de insatisfação dos utentes e reflectem problemas crónicos no acesso aos cuidados no Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente os tempos de espera no dia da consulta e, talvez de âmbito mais grave, a espera para a obtenção da consulta nos cuidados primários e diferenciados e o sistema de marcação de consultas que urge colmatar. Os graus de satisfação são ainda diferentes consoante se trate dos centros de saúde ou dos hospitais. Contudo, as diferenças observadas não indicam que um tipo de instituição é melhor do que o outro

mas simplesmente que os aspectos avaliados positiva e negativamente em cada uma delas são diferentes (McIntyre et al 2002).

1.4.7 Acções para a Mudança

As tão desejadas melhorias da qualidade dos serviços de saúde têm sido difíceis de concretizar não só porque estas exigem uma mudança fundamental na forma de pensar e de agir que conduzam à alteração de comportamentos, hábitos e de práticas estabelecidas mas também porque a mudança requer tempo e persistência e uma adequada combinação, ao longo do tempo, de autoridade e participação, de segurança e flexibilidade, de aproveitamento de forças externas e internas, de actuação sobre factores estruturais e comportamentais, e porque o conceito de qualidade se aplica, de forma transversal, a todos os procedimentos, desde o acto de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares), à qualidade dos equipamentos e sua performance (Reinhardt 1998; Neves 2002; Pereira 2003).

Esta mudança de que aqui se fala, pode ser encarada tanto a nível individual como a nível do grupo ou da equipa, a nível organizacional ou a nível mais alargado inter-organizacional e da economia política.

Historicamente, muitos dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde têm sido centrados a nível individual com o objectivo de fornecer melhor formação aos profissionais de saúde. A assunção subjacente a estes esforços é a de que os problemas da qualidade são primeiramente devidos à falta de conhecimento e especialização.

Alguns esforços de mudança têm sido dirigidos ao nível do grupo ou da equipa de saúde. Estes esforços enfatizam a necessidade de levar os profissionais de saúde a cooperar e a trabalhar juntos, com maior eficiência e eficácia, com o objectivo de promoverem a qualidade. Outros esforços são dirigidos ao nível da organização.

A assunção subjacente à mudança ao nível da organização é a de que o problema está na estrutura e de que é necessário adequar a estrutura para melhorar a qualidade. Os exemplos incluem os esforços na reengenharia e no redesenho e esforços para a acreditação das organizações (Shortell 2004).

Finalmente, as mudanças podem ser centradas nas actividades da economia política dentro da qual os sistemas de saúde estão inseridos. Os exemplos nesta área incluem políticas de pagamento e de reembolso. A assunção subjacente à abordagem da economia política para a mudança é a de que é necessário criar o conjunto certo de incentivos e as estruturas legais às quais as organizações e os profissionais de saúde sejam capazes de responder de forma adequada e, conseqüentemente, aumentar a qualidade dos serviços prestados (Shortell 2004).

Considerando cada nível e cada abordagem para a mudança de forma isolada é improvável que resulte em benefício porque ignora a interdependência e o impacto que os níveis têm uns nos outros. Seguindo a perspectiva dos sistemas, considerando cada abordagem e cada nível em relação uns com os outros, é mais provável produzir significativa e sustentável melhoria na qualidade.

Assim, o ponto principal é tornar clara a interdependência entre os diferentes níveis e a necessidade de alinhar a mudança nos quatro níveis descritos para aumentar a probabilidade de significativas melhorias na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde (Shortell 2004).

As exigências de qualidade dos serviços traz valor acrescentado para as organizações e, no domínio da saúde, a qualidade é um conceito importante por levar em conta que obter qualidade implica mexer com as várias dimensões da organização. Contudo, nesta área existem outros valores que têm de se articular com a qualidade, como a equidade, a universalidade e a discriminação positiva (Neves 2002).

A transposição de abordagens sem adaptação à especificidade do serviço contém riscos, pelo menos de desperdício e descrédito de contributos que poderiam ser relevantes. A realidade da saúde é um exemplo claro de exigência de uma correcta ponderação entre a universalidade da abrangência, a igualdade de oportunidades, a rentabilização de recursos escassos face às necessidades, a convergência de acções, a eficácia das medidas face ao seu impacto efectivo sobre as situações/problemas e a qualidade da acção (Neves 2002).

Por todas estas razões, a qualidade dos serviços de saúde deve fazer parte das preocupações intrínsecas do sistema de gestão, constituindo uma das suas preocupações centrais, defendendo-se assim que “a qualidade tem de passar a ser preocupação inserida no processo de gestão, quando se identificam desafios, se diagnosticam

problemas, se fixam objectivos, se mobiliza para a acção, desenvolvendo projectos de melhoria. As estruturas de gestão e os métodos de participação devem inserir-se no modelo global de funcionamento desejável. Os cidadãos exigem serviços acessíveis, justos e equitativos, com qualidade, uma administração eficaz na resolução de problemas e eficiente no uso de recursos públicos. Este ponto de partida e de chegada não pode ser esquecido pelo caminho” (Neves 2002: 163).

A fixação de objectivos de qualidade, quer ao nível da acção externa (orientações políticas, evolução das necessidades do sistema, evolução das necessidades e das expectativas dos destinatários da acção), quer ao nível interno (sistema directivo, sistema de gestão de recursos e sistema de produção), porque estes condicionam os primeiros e porque o bem-estar das pessoas que trabalham na organização não pode deixar de ser um seu objectivo social, deve assim estar presente no planeamento da acção das organizações de saúde (Neves 2002).

Com excepção dos desafios relativos ao custo e ao financiamento, os cidadãos estão cada vez mais cientes de que as oportunidades se multiplicam para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Os formuladores de políticas têm que enfrentar um importante e crescente desafio para tornarem os sistemas de saúde mais receptivos aos utentes que atendem, para melhorar a qualidade dos cuidados e para abordar as disparidades na saúde e no acesso aos cuidados (OCDE 2004).

1.4.8 Promoção da Saúde

Na definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde, a promoção de saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, por meio da definição de políticas públicas favoráveis à saúde; na preservação dos recursos naturais e na criação de ambientes que apoiem e facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis; no reforço e incentivo à participação activa e empenhada dos indivíduos e comunidades na criação de condições que lhes permitam desfrutar de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida; no desenvolvimento de competências individuais que capacitem as pessoas para lidar com os desafios do dia-a-dia e com as situações de doença crónica de forma mais equilibrada e eficaz; na reorientação dos serviços de saúde por forma a aumentar e a

rentabilizar a sua capacidade de resposta às necessidades da população e a adoptar formas pró-activas de promoção da saúde das pessoas e das comunidades (WHO 1986).

A importância reconhecida à promoção da saúde como um dos meios de elevar os níveis de equidade no acesso a cuidados de saúde levou a Organização Mundial de Saúde a organizar a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que teve lugar na cidade de Ottawa, no Canadá, como atrás se disse, onde foi elaborado um documento denominado “Ottawa Charter for Health Promotion”. Neste documento, a promoção da saúde é vista como o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde (genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde), no sentido de a melhorar (WHO 1986).

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde refere ainda que, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Estes serviços têm de adoptar um amplo mandato que seja sensível e que respeite as especificidades culturais. Devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o sector da saúde e os sectores social, político, económico e ambiental (WHO 1986).

Os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade na promoção da saúde, que decorre não só da especificidade da sua intervenção mas também das múltiplas oportunidades de contacto directo dos seus profissionais com as pessoas que a eles acorrem e com as comunidades que servem.

A própria definição que o Ministério da Saúde dá de Centro de Saúde mostra claramente a responsabilidade que os Cuidados de Saúde Primários têm nesta área, quando se refere ao Centro de saúde como sendo o “Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através de cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em

vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade” (Ministério da Saúde 2001: 9).

A promoção da saúde é um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa capacitá-las para o desenvolvimento de recursos individuais e colectivos, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (WHO 1986).

Com base nos princípios que emanam da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, muitos outros documentos têm sido produzidos, que salientam a necessidade de definição de políticas públicas favoráveis à saúde; na preservação dos recursos naturais e na criação de ambientes físicos e sociais que suportem e facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis; no reforço e incentivo à participação activa e empenhada das pessoas e comunidades na criação de condições que lhes permitam desfrutar de melhores níveis de saúde e qualidade de vida; no desenvolvimento de competências individuais que habilitem as pessoas a serem capazes de lidar com os desafios do quotidiano ou com as situações de doença crónica de forma mais equilibrada e saudável; na reorientação dos serviços de saúde por forma a aumentar e a rentabilizar a sua capacidade de resposta às necessidades da população (WHO 1986).

1.4.9 Agências de Contratualização

O movimento das Agências de Contratualização emergiu da necessidade sentida por alguns países em reorganizarem, modernizarem e melhorarem a gestão dos processos de contratualização essenciais à prestação de serviços de saúde com qualidade, assim como melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, tornando-os mais eficientes e eficazes, face aos elevados gastos com o sector da saúde.

A contratualização de bens e serviços na área da saúde é uma questão da maior importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde. Envolve simultaneamente esforços no sentido da garantia de serviços de saúde com qualidade aos cidadãos e a reengenharia dos processos com vista à obtenção dos melhores resultados com os escassos recursos disponíveis.

As Agências de Contratualização procuram assim assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga, directa ou

indirectamente, os cuidados de saúde, através de compromissos que se operacionalizam por uma negociação que constitui um processo de contratualização, no qual estão implícitos a fixação de objectivos, a monitorização e a avaliação final.

Os dispositivos de contratualização constituem assim um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Neste contexto, cabe às Agências de Contratualização a procura do delicado equilíbrio entre a plena satisfação das reais necessidades dos utentes, das suas necessidades percebidas e das suas expectativas, o cumprimento das políticas do sector e as exigências gestionárias do sistema.

Neste contexto, é exigido às Agências de Contratualização no desempenho da sua missão que:

- desenvolvam e implementem uma estratégia de contratualização de bens e serviços essenciais ao bom funcionamento dos serviços de saúde;
- satisfaçam as necessidades dos utentes;
- sejam totalmente transparentes;
- melhorem o desempenho do Serviço Nacional de Saúde;
- introduzam inovação nos processos de contratualização;
- melhorem a eficiência e reduzam os custos dos processos;
- assegurem que o sistema prestador utiliza os recursos públicos disponíveis de acordo com as necessidades e preferências dos cidadãos contribuintes;
- assegurem que as despesas acumuladas, que desvirtuam o princípio da especialização do exercício na medida em que podem sobrevalorizar os gastos de um ano com a cobertura de défices de anos anteriores, impedindo a sua análise rigorosa, sejam objecto de actuação de gestores especializados e de boas práticas de valorização dos recursos disponíveis;
- promovam a monitorização dos contratos programa, ou outras formas de contratualização, por meio da recolha de informação válida e rigorosa e a partilha do conhecimento;

- promovam o “benchmarking” enquanto ferramenta valiosa na melhoria do desempenho dos serviços de saúde e estimulem a colaboração entre e interinstitucional;
- criem oportunidades para controlar ou reduzir os custos;
- maximizem as economias e adotem uma atitude estratégica nos processos de contratualização.

Os ganhos potenciais para o Serviço Nacional de Saúde que lhe advêm do bom funcionamento das agências de contratualização estão relacionados com:

- as economias de escala e a diminuição dos custos totais por meio da agregação do volume de contratos;
- a redução da sua duplicação e a partilha dos custos imputados aos processos;
- o aumento da influência nos processos de contratualização;
- a redução dos custos da posse/uso dos produtos por meio da agregação da procura;
- a partilha do risco;
- a partilha dos recursos e dos conhecimentos de profissionais especializados em assuntos relacionados com a contratualização de bens e serviços na área da saúde;
- o desenvolvimento de centros de contratualização de excelência;
- a oportunidade para racionalizar e normalizar produtos, sistemas e processos;
- a oportunidade para estabelecer normas de conduta por meio do “benchmarking” dos desempenhos e dos preços numa atitude de “benchlearning”;
- a oportunidade para conhecer as necessidades de contratualização, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados de saúde secundários ou diferenciados, e desenvolver uma abordagem integrada sobre esses mesmos processos e necessidades;

- a partilha e disseminação da informação relevante à implementação de boas práticas no desenvolvimento dos processos de contratualização, com vista a uma melhor organização e gestão dos próprios serviços de saúde.

A delegação da prestação, no mercado da saúde e na sociedade civil, exige planeamento estratégico, coordenação eficaz e regulação independente e vigilante. As convenções sobre meios de diagnóstico, terapêutica e transporte de doentes devem ser negociadas em condições de concorrência e cuidadosamente monitorizadas e avaliadas.

A contratualização de bens e serviços essenciais aos serviços de saúde deve então reger-se por normas e padrões de alto desempenho de modo a permitir:

- melhorar a integração de cuidados de saúde;
- melhorar a cobertura geográfica;
- evitar duplicações desnecessárias entre investimentos públicos e não públicos;
- otimizar o uso dos investimentos;
- facultar informação pública ao sector privado prestador que lhe permita entrar no mercado, em concorrência leal, de forma efectiva e eficiente, aumentando a escolha do cidadão.

Particular atenção deve ser dada à contratualização de bens e serviços farmacêuticos, de modo a valorizar esses produtos como elementos nobres no processo de tratamento e cura das doenças, permitindo que todos os cidadãos que deles necessitam tenham acesso a doses terapêuticas rigorosas e vigiadas, evitando-se assim os desperdícios onerosos para o Serviço Nacional de Saúde e para o cidadão ou, o que é mais grave ainda, os desvios às terapêuticas clinicamente instituídas devidos à falta de recursos individuais, cujas consequências poderão ser desastrosas para a saúde pública, como a eclosão de microrganismos multiresistentes e os contágios descontrolados nos casos de patologias infecto-contagiosas, e a privação de terapêuticas “continuadas” nos casos das doenças crónico-degenerativas.

Em Portugal, o processo de contratualização foi iniciado em 1996, aquando da criação da primeira Agência de Contratualização em Lisboa. Este processo teve continuidade em 1997 com a criação das agências de Contratualização do Centro e do Alentejo e em 1998 com a criação das agências de Contratualização do Norte e do Algarve (OPSS 2003).

Este processo foi sendo consolidado através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento como o sistema de informação para contratualizar, assim como através de uma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo – o Secretariado Técnico das Agências –. A regulamentação das Agências de Contratualização efectivou-se com a publicação do Despacho n.º 6/99 do Ministério da Saúde (OPSS 2002).

A dinamização e o desenvolvimento de um sistema de informação em 1998 permitiu encetar uma análise rigorosa dos dados dos orçamentos-programa e apoiar os processos de negociação e discussão, atendendo à diversidade de adaptações no terreno de uma política nacional. Porém, em 2001 o contrato que servia de apoio ao sistema de informação foi dado por terminado, resultando daí atrasos significativos nos trabalhos de negociação e monitorização dos orçamentos-programa, facto que contribuiu para a describilização das Agências de Contratualização no sistema de saúde, contribuindo deste modo para o desperdício de um investimento público importante (OPSS 2002).

Na sua génese, as Agências de Contratualização tinham competência para:

- identificar as necessidades ou cuidados de saúde para as quais havia que garantir respostas adequadas;
- propor aos Conselhos de Administração das Administrações Regionais de Saúde a respectiva distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde de cada região;
- proceder à contratualização dos cuidados de saúde com as mesmas e produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde;
- promover a utilização desses conhecimentos por parte das administrações e dos cidadãos, incorporando assim na reorganização do sistema de saúde a opinião do cidadão;
- acompanhar o desempenho das instituições de saúde relacionado com a prestação de cuidados e com os recursos financeiros contratualizados;

- emitir pareceres sobre a celebração de acordos e convenções com entidades privadas e instituições particulares de solidariedade social para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- participar na avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos (Ministério da Saúde 1999).

Neste contexto, cabia às Agências de Contratualização representar os interesses do cidadão contribuinte junto do sistema. A criação das Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde, outra estrutura criada no âmbito da implementação das Agências de Contratualização, tinha por objectivos:

- veicular a informação dos serviços de saúde junto dos utentes;
- transmitir a opinião dos utentes aos serviços de saúde;
- mudar as mentalidades no sector da saúde;
- recentrar os serviços de saúde nas necessidades da população;
- mediar entre os serviços de saúde e os utentes;
- ser provedor dos utentes;
- mediar entre os serviços de saúde e outras instituições;
- estabelecer um novo equilíbrio de poderes no sector da saúde, dando mais voz aos cidadãos;
- fazer “lobbyng” em nome dos utentes junto do poder gestor dos serviços de saúde (Craveiro 2000).

A criação destas estruturas foi um primeiro passo para assegurar uma representação do cidadão junto dos serviços de saúde pois a sua constituição foi acordada com o poder autárquico e com organizações do consumidor. As Agências de Contratualização surgem assim por toda a Europa nos finais da década passada, com o objectivo de estabelecer uma clara separação entre o sistema “financiador” e o sistema “prestador” de cuidados de saúde, de conter as despesas no sector da saúde e de introduzir maior rigor e controlo no sistema de prestação e financiamento dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, elevando a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão.

Contudo, o modelo português utilizado divergiu no essencial em relação a países como a Espanha e o Reino Unido, pela manutenção dos prestadores dentro da esfera jurídica da administração pública e, conseqüentemente, pela continuidade de existência de laços hierárquicos entre a administração da saúde e as instituições prestadoras, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência na intervenção num sector fundamental e delicado que é o da saúde e pela consciência da exiguidade dos instrumentos de avaliação (OPSS 2003).

1.4.10 Gestão do Conhecimento

O conhecimento tornou-se, nos nossos dias, no motor do processo produtivo. Os actores sociais que trabalham em conjunto numa organização têm necessidade de partilhar o conhecimento para a sua própria coordenação. Para tal, mobilizam o conhecimento de que dispõem no sentido da produção de sinergias que melhorem o desempenho da organização.

Neste contexto, a preocupação fundamental das organizações tem de se centrar na gestão do conhecimento, o que obriga a organização a aprender a conhecer, a renovar e a consolidar o conhecimento, remetendo para um novo conceito de organização – a organização que aprende. Nesta perspectiva, a gestão do conhecimento resulta do conjunto de conceitos, métodos e tecnologias que permitem a elaboração e a utilização colectiva do conhecimento partilhado (Zorrinho et al 2003).

A gestão do conhecimento constitui-se então como “um ponto importante de confluência entre a cultura administrativa organizacional e as tecnologias de informação que ela utiliza (...) Assim, o papel a ser desempenhado pelas tecnologias da informação é estratégico: ajudar o desenvolvimento do conhecimento colectivo e da aprendizagem contínua, tornando mais fácil para as pessoas, na organização, a partilha de problemas, perspectivas, ideias e soluções” (Serrano e Fialho, 2003: 5). É o conjunto de processos que cria, dissemina e utiliza o conhecimento, permitindo a realização dos objectivos da organização (OPSS 2002).

Na perspectiva destes autores, entende-se por gestão do conhecimento a forma como se faz a criação, a partilha, a distribuição e a utilização do conhecimento para atingir plenamente os objectivos da organização. A gestão do conhecimento está voltada

para a criação e organização de fluxos de informação dentro e entre os vários níveis organizacionais no sentido de gerar, incrementar, desenvolver e partilhar o conhecimento dentro da organização. O segredo hoje não está na detenção do conhecimento nas mãos de poucos, mas na sua divulgação (Serrano e Fialho 2003).

As organizações que se voltam para a gestão do conhecimento necessitam de uma abordagem que veja a organização como um sistema social humano, cujo conhecimento colectivo representa um diferencial competitivo em relação aos seus mais directos concorrentes.

A gestão do conhecimento ocupa hoje um lugar de destaque nos sistemas de saúde, mais evidente nas organizações assentes na lógica do lucro, cujo impacte pode ser verificável tanto ao nível da recolha e processamento da informação necessária à tomada de decisão, como ao nível dos actos clínicos, dos serviços administrativos, serviços de aprovisionamento, como da gestão dos serviços farmacêuticos, dos recursos humanos, das carreiras, dos horários ou da gestão orçamental.

Ao nível dos actos clínicos, sector que por ventura tem maior visibilidade perante o cidadão, o impacte é de monta. A gestão do fluxo de informação respeitante à situação clínica do doente (controlo em tempo real e a cada momento dos parâmetros vitais, suportes de vida com base na tecnologia e a gestão das terapêuticas endovenosas) modificaram radicalmente tanto o comportamento dos profissionais quanto a atitude do doente perante a situação de doença mas conduziram, sobretudo, à necessidade de uma gestão do conhecimento por parte de todos os elementos das equipas, com vista à gestão das tecnologias introduzidas, à gestão da informação veiculada por essa tecnologia, à gestão da organização como um todo e à gestão relacional.

Estão neste caso as unidades de cuidados altamente diferenciados; os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e as unidades de terapêutica quer conservadora quer reconstrutiva, que dispõem em todas as áreas da mais sofisticada tecnologia e métodos de processamento e gestão da informação, donde se destaca o efeito da telemedicina. Estes avanços trouxeram não só a possibilidade de uma melhor e mais eficaz abordagem das práticas clínicas, como um incremento ao nível da investigação científica, sobretudo ao nível da engenharia genética e da reprodução, cujos avanços têm, em alguns casos, colocado sérias reflexões à comunidade científica.

Nas sociedades mais desenvolvidas, a acção dos sistemas de saúde está, tendencialmente, centrada no cidadão, mais porque as pessoas começam a entender que são da sua responsabilidade as decisões mais importantes sobre a sua própria saúde, do que por concessão das organizações de saúde. Também a reforma da saúde em Portugal necessita de colocar o cidadão no centro do sistema. Para tal, a informação e o conhecimento desempenham um papel decisivo (OPSS 2002).

Algumas iniciativas na área da informação e comunicação entre os cidadãos e os serviços de saúde já foram tomadas, como a criação das “Linhas Azuis” do SNS, do “call center” “Saúde 24” ,voltado para os cuidados à criança, da “Linha Gripe” ou da “Linha Médis” entre muitos outros que ascendem já às dezenas, mas cujo funcionamento está melhor desenvolvido em alguns casos do que noutros (OPSS 2002).

1.4.11 Benchmarking na Saúde

Na sua génese, “benchmark” era uma marca distintiva usada como ponto de referência na determinação da posição ou altitude em levantamentos topográficos e observações de marés, estando o termo “benchmarking”, desde o início, ligado à agrimensura. Hoje em dia, o termo “benchmark” designa um ponto de referência para a execução de medições. É uma medida padrão, a partir da qual outras podem ser medidas, sendo actualmente usado com frequência para identificar os melhores métodos organizacionais e para melhorar o desempenho da organização (Patterson 1996).

Neste contexto, o “benchmarking” consiste, tão somente, em copiar o que é realmente eficaz. As vantagens do “benchmarking” na área da saúde incluem a satisfação das exigências dos utentes, o estabelecimento de objectivos atingíveis e quantificáveis, o desenvolvimento de medidas que promovam a eficiência e eficácia sem perder de vista a especificidade do “mercado” da saúde e a adopção e adaptação dos melhores métodos organizacionais dentro e fora do sector da saúde. Nesta perspectiva, o “benchmarking” envolve a descoberta das melhores práticas onde quer que elas estejam. É um processo de gestão que tem o efeito de reduzir diferenciais de qualidade sobre o desenvolvimento das organizações, e a este fenómeno dá-se o nome de “benchlearning” (Karlöf e Östblom 1993).

O “benchmarking” tem como alvo directo o conteúdo do trabalho numa organização que conduza a uma reorientação da cultura organizacional no sentido da aprendizagem, aperfeiçoamento de aptidões e eficiência que, por sua vez, conduzam a um processo de desenvolvimento de excelência.

Assim, na essência do “benchmarking” estão os conceitos de partilha e aprendizagem. Na área da saúde, o uso do “benchmarking” tem sido um dos processos mais utilizados para copiar as boas práticas ao nível dos procedimentos clínicos, embora nunca lhe tenha sido atribuído esse significado. Os congressos, simpósios, jornadas e outros eventos similares, não são mais do que formas de fazer “benchmarking”, orientadas para a transferibilidade de práticas de sucesso em todas as áreas médicas, cirúrgicas, de enfermagem e de tecnologias da saúde. Seria impensável uma organização de saúde fechar-se sobre si própria, sem partilhar com outras organizações congêneres a evolução dos métodos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico utilizados em situações que envolvem a vida de seres humanos, dados os riscos e as incertezas que envolvem a tomada de decisão nesses processos.

Em muitas circunstâncias, têm sido as próprias organizações de saúde a promoverem a vinda de especialistas em determinadas técnicas médicas ou cirúrgicas para demonstrarem as boas práticas realizadas nas organizações de origem. Aprender com as boas práticas de outras organizações tem sido uma das formas de desenvolvimento das organizações de saúde nas áreas clínicas.

Nesta perspectiva, o “benchmarking” na saúde tem de se expandir para as áreas de organização e gestão para que as organizações aumentem a sua eficiência e eficácia. As organizações de saúde têm de estar em constante aprendizagem, aprendendo com outros, independentemente do seu ramo de actividade. E, porque os desejos, necessidades e expectativas dos utilizadores estão em constante mutação, as organizações de saúde têm de adoptar formas de organização e gestão dinâmicas, permanentemente ajustáveis aos desejos, necessidades e expectativas dos seus utilizadores (clientes internos e externos), e o “benchmarking” pode ajudar na adaptação a essas mudanças.

A satisfação das necessidades e expectativas dos utentes é uma das áreas da actividade organizacional que pode ser aperfeiçoada utilizando o “benchmarking”. Examinar os processos bem sucedidos de outras organizações ou de sectores dentro da

própria organização pode fornecer, muitas vezes, informações importantes sobre as reacções dos utentes. A adopção dos melhores métodos, onde quer que eles estejam, ajuda a organização a satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utilizadores. E a melhor maneira de descobrir se as organizações de saúde estão a satisfazer as necessidades dos cidadãos/utentes/doentes é perguntar-lhes.

A recolha de informação sobre as necessidades de saúde da população, com vista à realização do diagnóstico da situação e sua permanente actualização, são elementos fundamentais para a elaboração de um plano de actividades que vá de encontro aos desejos, necessidades, expectativas e exigências dos cidadãos. Em todas estas fases, o “benchmarking” permitirá um constante aperfeiçoamento e mudança organizacionais, ao adaptar os melhores processos das melhores organizações na revitalização de cada uma das operações necessárias para a realização daqueles processos. Para isso, as organizações de saúde têm de envolver todos os seus colaboradores na definição dos objectivos organizacionais e harmonizá-los com os objectivos individuais para que as mudanças sugeridas pelos processos de “benchmarking” sejam introduzidas com sucesso.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de aperfeiçoamento contínuo em todas as áreas organizacionais e de gestão são elementos essenciais para levar por diante a comparação dos processos utilizados com os melhores métodos, permitindo deste modo obter uma melhor percepção de quais são as forças e as fraquezas da organização de saúde. Nesta perspectiva, fazer “benchmarking” é uma necessidade para as organizações de saúde que estão a estruturar ou a reestruturar os seus processos e sistemas organizacionais e de gestão.

A resolução de problemas por meio da adaptação de processos e sistemas que provaram serem os melhores noutras organizações congéneres, que conduzam a uma maior eficiência das equipas de trabalho e incitem as equipas a basearem a sua análise em dados empíricos, elemento essencial ao desenvolvimento organizacional e à manutenção de elevados níveis de qualidade, constitui a essência do “benchmarking”.

Apesar da economia de mercado ser caracterizada pelo facto de o cliente ser sempre livre de escolher entre fornecedores alternativos, na grande maioria das actividades económicas não existe essa liberdade de escolha, quer seja no sector público quer seja no sector privado. Esta realidade aplica-se a todos os departamentos de

empresas e organizações que fornecem outros departamentos das mesmas organizações, onde os destinatários de bens e serviços quase nunca têm liberdade real de escolha dos seus fornecedores (Karlöf e Östblom 1993).

O valor do benchmarking reside, precisamente, no facto de introduzir o efeito impulsionador da eficiência das forças de mercado nas unidades que não estão expostas à economia de mercado. A pressão exercida no sentido da eficiência diminui com a distância em relação ao cliente, apesar do objectivo de qualquer organização ser o de criar um valor maior do que o custo de criá-lo e o valor em questão pode ser de muitas espécies. No caso das organizações de saúde do sector público, estas têm de oferecer aos utentes algo de valor que eles considerem mais alto do que o custo dos impostos pagos durante a vida profissional activa ou o tempo e esforço dispendido com o objectivo de obter algo que valha a pena – ganhos em saúde.

A teoria do valor que durante muito tempo esteve ausente dos processos organizacionais dos serviços de saúde é de importância fundamental tanto para o desenvolvimento social como para a actividade de mercado. Nas organizações de saúde não se faz a compensação de um produto pelo outro como o preconizado pela teoria da utilidade marginal⁵ porque seria pura coincidência se um montante adicional contribuísse igualmente para o bem estar dos cidadãos, independentemente de ser dado a uma autarquia local ou a um hospital (Karlöf e Östblom 1993). Contudo, a criação de valor para os consumidores de cuidados de saúde é um aspecto que tem de ser reconhecido como uma tarefa de gestão.

O “benchmarking” é reconhecido como tendo aplicações a custos, produtividade, tempo, práticas, qualidade e criação de valor, ao concentrar a atenção e as energias no conteúdo e desempenho do trabalho, desencadeando deste modo um processo de aprendizagem, ao mesmo tempo que permite a articulação com o conteúdo do trabalho dos programas tradicionais de formação e desenvolvimento da liderança. Deste modo, o “benchmarking” surge como um método que faz com que a organização

⁵ A teoria da utilidade marginal foi formulada por Heinrich Gossen, economista austríaco, em meados do séc. XIX. Segundo esta teoria, a utilidade marginal de um bem é o acréscimo à utilidade ou satisfação total gerado pelo espécime do bem de mais recente aquisição. A lei da utilidade marginal decrescente implica que a utilidade marginal de um bem para o consumidor é inversamente proporcional à quantidade consumida, pelo que o consumidor maximiza a utilidade total seleccionando aquisição de bens de tal modo que a utilidade marginal de cada aquisição seja igual á da aquisição de outro bem (Karlöf e Östblom 1993).

se concentre no crescimento orgânico, isto é, no sucesso da satisfação das necessidades e expectativas dos utentes que é a verdadeira missão das organizações de saúde.

A forte orientação para a relação⁶ que caracteriza as organizações de saúde, em que prevalece a motivação para ter boas relações com os outros, ser gostado e concordar com os desejos dos outros, em que sobressaem as funções prestadoras em comparação com as funções de supervisão e de execução, têm de se harmonizar com a orientação para o desempenho, onde o desejo de ser o melhor, alcançar resultados e conquistar o sucesso pela via da eficiência, definida esta como o valor em relação à produtividade, se torne no factor decisivo na promoção do sentido de sucesso (Karlöf and Östblom 1993).

No contexto dum processo de mudança, a gestão tem de conseguir a consistência de instrumentos importantes que se consideram constituírem um espectro contínuo: a formulação da estratégia, a aplicação da estratégia, o desenvolvimento da liderança e os programas de formação, uma vez que dados empíricos sugerem que os factores que obstam à implementação de processos de mudança organizacional são o tempo excessivo, a existência de problemas não previstos, deficiente coordenação das actividades, falta de envolvimento da gestão de topo, competências não desenvolvidas nas pessoas envolvidas e insuficiente desenvolvimento dos indivíduos a todos os níveis da organização.

Nesta perspectiva, o “benchmarking” é um instrumento excelente para esse fim, não só pelo contributo analítico que fornece para a escolha dum rumo estratégico mas também para encontrar vias de aperfeiçoamento do conteúdo das operações em vários aspectos, num processo repetitivo combinado com acção efectiva, isto é, o “benchmarking” tem um efeito notável em todas as fases da sequência: determinação estratégica – formulação estratégica – execução estratégica – desenvolvimento da liderança – desenvolvimento da organização – formação. Em todas estas fases, o “benchmarking” promove a concentração na tarefa, estimula a orientação para o desempenho, a orientação para os objectivos e impulsiona a obtenção de resultados (Karlöf e Östblom 1993).

⁶ As outras duas categorias em que se divide o sistema de motivações sociais são a orientação para o poder que se manifesta no desejo de estar no centro das coisas, de exercer influência através de recompensas e de repressão e de dominar os que o rodeiam; e a orientação para o desempenho que se reflecte no comportamento que tem por objectivo ser o melhor, alcançar resultados e conquistar o sucesso pela via da eficiência; (Teixeira 1998; Karlöf e Östblom 1993).



Deste modo, o “benchmarking” tanto pode ser usado para a criação de valor e qualidade, como para a gestão de recursos e produtividade. E tanto se aplica a problemas de curto prazo como a questões de longo prazo. Gerando o equilíbrio entre a estabilidade e a renovação, permite estudar como outras organizações atingiram o sucesso e disponibiliza pistas quanto ao que é necessário mudar, mas também quanto ao que deve ser mantido intacto.

Apesar da importância de que se reveste num processo de mudança o conhecimento factual, por si só ele não é suficiente para desencadear e manter um processo de mudança, isto é, falta a correlação entre análise e acção, sendo o “benchmarking” o método ideal para estabelecer a ligação entre os factos e a aprendizagem e a acção. Assim, o “benchmarking” desencadeia um processo de aprendizagem constante que envolve todos os membros da organização, permitindo a codificação de comportamentos de sucesso que aumentam a competência da organização no seu todo, mercê da criação de uma pressão contínua e do desenvolvimento de competências que por sua vez são codificadas e transmitidas a outros.

Para o desenvolvimento das competências contribuem: os conhecimentos oriundos dos diversos ambientes, reunidos por meio da recolha e análise dos dados; a motivação necessária ao impulso construtivo no sentido da melhoria; a possibilidade de aplicação do conhecimento adquirido e o efeito sinérgico criado pela convergência das vontades individuais, do grupo e da organização.

Concentrando a sua atenção no desempenho, o “benchmarking” leva as organizações a esforçarem-se por melhorarem o seu desempenho, nomeadamente as organizações que não estão expostas à concorrência e, por conseguinte, o seu desempenho não é medido em termos de ganhos e perdas, como é o caso das organizações públicas de saúde

1.4.11.1 Benchmarking de Qualidade

O aspecto qualidade compreende a missão de fornecer qualidade aos utentes, independentemente do custo de produção, porque a qualidade é uma das componentes de valor na óptica do utente como o é o preço ou os recursos que o utente tem de pagar para obter os serviços de saúde.

Assim, o conceito de qualidade assume um lugar de grande preponderância nas organizações de saúde como instrumento de melhoria nos seus programas de desenvolvimento. Pode-se definir o termo qualidade partindo de dois pontos de vista: o primeiro, é o cliente; deste ponto de vista o desenvolvimento da qualidade é uma ferramenta para a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes. O segundo é a organização que fixa para si própria padrões de qualidade por forma a manter os níveis de qualidade que os clientes esperam.

Um esforço deliberado de desenvolvimento da qualidade resulta num acréscimo de produtividade, utentes mais satisfeitos, melhor rentabilidade e maior satisfação dos profissionais de saúde. A qualidade é alcançada através de um trabalho sistemático para satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos utentes.

O propósito de qualquer organização é criar um valor superior ao custo de produzi-lo. Isto significa que a qualidade não é um fim em si mesma, mas um meio para implementar um sistema que seja capaz de libertar valor. As pessoas, a informação e os processos numa organização de saúde devem estar sistematicamente unidos para criar esse sistema. Do ponto de vista da qualidade, o “benchmarking” pode servir vários fins: (a) qualidade na óptica do cliente; (b) qualidade segundo as normas; (c) desenvolvimento da organização

O foco de um exercício de “benchmarking” destinado a melhorar a qualidade na óptica do consumidor pode ser dirigido para diversas áreas, mas considere-se somente as áreas das relações com o utente e a área da gestão tempo:

1.4.11.2 Relações com os Utentes

As relações com os utentes são um aspecto fundamental nas organizações de saúde. Desenvolver um comportamento de qualidade excelente para gerir as suas relações com os utentes é um aspecto fundamental nas organizações de saúde. O desenvolvimento de sistemas de comunicação entre os clientes externos e internos é um dos comportamentos das organizações de sucesso.

Manter com os clientes uma correspondência regular, utilizar questionários feitos pessoalmente e contactos informais com os clientes ajudam a organização a descobrir o que está a fazer e o que os clientes realmente querem e precisam que a

organização faça. Para além de responder de forma mais célere às necessidades dos clientes, o contacto transmite-lhes a importante mensagem de que a organização se preocupa com eles e com o seu bem-estar.

Desenvolver mecanismos que permitam o acolhimento e o atendimento com dignidade e privacidade, responder condignamente às suas reclamações, levar em consideração as suas sugestões, estimular a sua participação nos processos de melhoria da qualidade dos serviços prestados são factores que contribuem decisivamente para manter relações de complementaridade entre os utentes e as organizações de saúde. Dar respostas atempadas às suas necessidades de cuidados de saúde é outro dos factores que contribui decisivamente para a melhoria das relações entre utentes e organizações de saúde (Patterson 1996).

1.4.11.3 O Tempo

O tempo é uma excelente unidade de medida do desempenho de uma organização de saúde. Considere-se, por exemplo, o tempo de espera para aceder a cuidados de saúde e não se restrinja o termo tempo de espera apenas às listas de espera de cirurgias electivas, porque estas são apenas os casos mais visíveis de um vasto conjunto de problema que afectam a qualidade dos serviços de saúde. Pense-se, por exemplo, no significado que tem para um particular utente o tempo de espera numa sala de urgência para ser atendido ou o tempo de espera para ser chamado para uma consulta ou ainda o tempo de espera para a marcação de uma consulta de referência ou para a realização de exames complementares de diagnóstico.

E poder-se-ia generalizar ainda mais a situação, se se considerasse o tempo de espera que medeia entre a realização de um exame complementar de diagnóstico e a sua chegada ao serviço requisitante. Em todas estas situações o tempo constitui uma unidade de medida do desempenho de uma organização de saúde.

Tempos de realização curtos contribuem para a qualidade na óptica do utente. A utilização do tempo como plataforma para o “benchmarking” tem-se mostrado com muito sucesso. A concentração da atenção em unidades de medida relativas aos tempos de espera conferem um grande impacte ao modo de orientação dos processos interdepartamentais que ocorrem numa organização de saúde.

1.4.11.4 Categorias de Benchmarking

O foco de um estudo de “benchmarking” tanto pode ser a qualidade como a produtividade. O estudo pode abarcar toda a organização de saúde ou apenas parte dela. Há três tipos de “benchmarking” para identificar a excelência e os pontos de comparação significativos no mundo que rodeia a organização: “benchmarking” interno, “benchmarking” externo e “benchmarking” funcional (Karlöf e Östblom 1993; Patterson 1996, Camp 1989).

a) Benchmarking Interno

Ao “benchmarking” feito no âmbito de uma organização dá-se a designação de “benchmarking” interno. É o primeiro tipo de “benchmarking” que cada organização deve fazer. Conhecer-se a si própria. O “benchmarking” interno assegura a forma mais fácil de troca de ideias e de disponibilidade de parceiros, uma vez que toda a informação se encontra dentro da mesma organização. A informação recolhida é mais facilmente utilizada, dado que as partes usam, em princípio, o mesmo sistema de avaliação e falam a mesma linguagem. Muitas organizações que utilizaram o “benchmarking” adoptaram como prática sistemática começar por um projecto de “benchmarking” interno. Os conhecimentos retirados do projecto interno vão então servir de base ao prosseguimento do “benchmarking” numa perspectiva externa. Este caminho proporciona excelentes oportunidades de identificar e criar um modelo que possa ser testado e enquadrado internamente. Outro dos efeitos reconhecidas ao “benchmarking” interno é o de atenuar as diferenças de desempenho entre serviços ou departamentos. Esta categoria de “benchmarking” não se faz substituir ao “benchmarking” externo, mas deve ser usado como um primeiro passo no caminho para a excelência e na promoção da aprendizagem e do consenso quanto ao método (Karlöf and Östblom 1993; Camp 1989).

b) Benchmarking Externo

O “benchmarking” externo pressupõe a comparação entre a organização que desenvolve o projecto com organizações similares ou idênticas e os parceiros de “benchmarking” podem ser concorrentes directos ou organizações equivalentes que operam noutros países e servem outros mercados. O ponto saliente no que se refere ao

“benchmarking” externo é o elevado grau de comparabilidade entre as organizações ou funções envolvidas, significando isso que o grau de profissionalismo pode também ser excepcionalmente alto, pelo que o conteúdo operacional e os processos podem ser objecto de “benchmarking” com precisão e profundidade.

A abordagem, no entanto, será consideravelmente diferente consoante se faça o “benchmarking” com concorrentes no mesmo mercado ou com concorrentes de outros mercados, dependendo o primeiro, naturalmente, da possibilidade de com eles se estabelecer diálogo. O perigo do “benchmarking” externo entre concorrentes é que ele tende a focar-se nos factores de concorrência em vez de procurar identificar o desempenho excelente, pois “dançar com o inimigo” não é uma situação vulgar (Karlöf e Östblom 1993).

c) Benchmarking Funcional

“Benchmarking” funcional é uma comparação de produtos, serviços e processos de trabalho com os de empresas de topo, independentemente do respectivo ramo de trabalho. O objectivo é identificar o comportamento ideal onde quer que ele esteja. É a categoria de “benchmarking” que oferece as oportunidades de uma organização ascender à classe mundial. As organizações que têm trabalhado com “benchmarking” consideram a variante funcional a “verdadeira essência” do “benchmarking”, e embora tanto o “benchmarking” interno como o externo tenham potencial para melhorias substanciais e eficazes, é no “benchmarking” funcional que se pode tirar partido de todo o potencial do método (Karlöf e Östblom 1993; Camp 1989).

d) Benchmarking na Prática

O “benchmarking”, como já foi dito, é um processo sistemático que tem por objectivo a busca da excelência no mundo que nos rodeia, a fim de aprender a adoptar o seu conteúdo operacional e os seus processos, e deste modo conseguir elevar a organização à classe dos melhores.

Para iniciar um processo de “benchmarking” é essencial partir das necessidades dos clientes e também interpretar correctamente os desejos dos clientes para então fazer quaisquer correcções necessárias para potenciar o impacto do processo de “benchmarking”. Um correcto “benchmarking” da qualidade deverá ainda desdobrar as

necessidades do cliente em funções utilitárias e basear-se na capacidade da organização de satisfazer essas necessidades em comparação com os seus concorrentes.

Quanto mais se trabalha com “benchmarking”, mais nítidas se tornam as suas vantagens enquanto instrumento de introdução de mudanças culturais nas organizações. A persistência na utilização do método ensina lições que se revelarão benéficas durante muito tempo (Karlöf and Östblom 1993). Qualquer processo de “benchmarking” pode ser desenvolvido assente no modelo do prémio sueco da qualidade e que pode ser utilizado por organizações de todo o tipo, incluindo as da saúde, e cujos critérios básicos são:

- orientação para o cliente: o objectivo de todas as organizações de saúde é a satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos seus utentes. Neste contexto, todos os membros da organização devem considerar sua obrigação satisfazer os clientes externos e internos;
- liderança: um compromisso pessoal, activo e visível da parte de qualquer líder é essencial para a criação de uma cultura que ponha o cliente em primeiro lugar. A tarefa mais importante de qualquer líder é fixar metas e criar as condições adequadas para cada profissional de saúde;
- participação unida: uma organização de sucesso exige a participação e colaboração de todos os seus membros. Por isso, todos os profissionais de saúde têm que estar conscientes dos objectivos, serem assistidos com todos os meios necessários e serem informados dos resultados alcançados;
- qualificações: a competitividade de uma organização assenta nas qualificações dos seus membros. Para operar progresso, as qualificações de todos os membros devem ser desenvolvidas numa direcção que fortaleça tanto o indivíduo como a organização;
- visão estratégica: as operações da organização devem ser avaliadas com base em objectivos de longo prazo. O investimento no desenvolvimento da qualidade conduz a maior eficiência e eficácia e a maior satisfação dos utentes;

- orientação para o processo: as orientações da organização devem ser encaradas como um processo que se pode dividir num certo número de sub-processos e processos de suporte. Estes devem ser identificados e constituir a base da responsabilidade e da autoridade;
- medidas preventivas: o aperfeiçoamento constante de serviços e processos é necessário para atingir e manter a máxima eficiência e eficácia. Esta perspectiva deve ser extensiva a todas as operações e a todos os membros da organização de saúde;
- aprender com os outros: a organização deve procurar constantemente aprender com os outros em todas as áreas, por forma a desenvolver mais as suas operações. É importante estabelecer termos de comparação com as melhores organizações num dado processo;
- reacções mais rápidas: tempos de respostas mais curtos, prazos de preparação mais curtos e reacções mais rápidas, são questões cruciais para todas as operações das organizações de saúde. Isto aplica-se tanto ao desenvolvimento e à prestação de serviços de saúde nas mais variadas áreas, como aos processos administrativos;
- decisões baseadas em factos: as decisões devem basear-se em factos documentados e fiáveis. Todos os membros devem ter a certeza da oportunidade de medir e analisar factos que afectam a satisfação dos utentes e profissionais, assim como a eficácia e eficiência da organização;
- colaboração: a colaboração é uma questão fundamental numa organização de sucesso. A colaboração deve abarcar utentes, profissionais, fornecedores, gestores e sociedade em geral (Karlöf e Östblom 1993).

Assim, sob o título “aprender com os outros”, os sistemas de qualidade reconhecem o “benchmarking” como uma ferramenta importante para o desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde.

2 Sistema de Saúde Português

Em Portugal, até meados do século XX, apesar de algumas iniciativas políticas no sentido de reformar os serviços de saúde, como a publicação da primeira Lei Orgânica da Saúde em 1837, a criação do Serviço de Saúde e Beneficência Pública em 1899, a criação da Direcção Geral da Saúde em 1911, a publicação do Estatuto da Assistência Social em 1944 e a criação do Ministério da Saúde em 1958, os cuidados de saúde prestados à generalidade dos cidadãos eram assegurados por instituições particulares, estando acometida ao Estado a assistência caritativa a pobres e indigentes (Carapinheiro 1998; Frederico 2000).

Este sistema de saúde, mais do tipo “Bismarkiano”⁷, apresentava graves deficiências no acesso da população aos cuidados de saúde, quer pela exiguidade de recursos quer pela forma organizacional disponível. Impunha-se, por isso, uma reforma do sistema de saúde que oferecesse aos cidadãos formas alternativas de organização de modo a contemplar o acesso aqueles que o actual sistema impedia (Silva 2003).

2.1 Evolução do Sistema de Saúde Português

É no alvor da década de 70, com a publicação dos Decretos-Lei n.ºs 413/71 e 414/71 de 27 de Setembro (DG n.º 228), que é dado um passo fundamental na reestruturação dos serviços de saúde com a criação da nova Orgânica do Ministério da Saúde que reestruturou os serviços centrais, regionais e locais, criando duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde, em contacto directo com os cidadãos, e os Hospitais, a partir do distrito, apoiados em normas administrativas e meios de trabalho dotados de recursos humanos, técnicos e financeiros (Frederico 2000).

Os objectivos principais daqueles diplomas passavam pela garantia do direito à saúde aos cidadãos até aos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros existentes, pela criação de serviços públicos de saúde, por uma melhor prestação de cuidados de saúde aos economicamente mais desfavorecidos e pela estruturação das carreiras dos profissionais da saúde. A reforma então empreendida representou uma

⁷ Modelo fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego. O acesso é universal mas sustentado no esforço contributivo do salário dos empregados. É característico dos países germânicos: Alemanha, Áustria e Suíça (Silva 2003)

grande mudança na estrutura e funcionamento do sistema de saúde português, correspondendo à transição do modelo “Bismarkiano” para o modelo “Beveridgeano”⁸ (OPSS 2002; Silva 2003).

Com a mudança do regime político português em 1974, fruto da Revolução de 25 de Abril, as políticas da saúde sofreram algumas alterações, tendo sido publicada a Lei n.º 56/79 em 26 de Agosto que criou o Serviço Nacional de Saúde e se transformou no primeiro diploma legal a tornar efectivo o direito universal e gratuito à saúde (DR n.º 214), consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, e a definir, de forma explícita, o conteúdo das prestações a que os cidadãos têm direito. Com a publicação deste diploma passou a ser da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a prestação de cuidados de prevenção da doença, promoção e vigilância da saúde; cuidados médicos de clínica geral e de especialidades; o internamento hospitalar; os meios complementares de diagnóstico e terapêutica; os cuidados de enfermagem; os medicamentos e outros produtos medicamentosos, entre outros.

2.2 Regulamentação do Sistema de Saúde Português

Em 1990, com a publicação em 24 de Agosto da Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da Saúde – é revogada a Lei n.º 56/79 de 26 de Agosto e regulamentado o Sistema de Saúde Português que, de acordo com o estipulado na Base XII, “é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades” (DR n.º 195: 3454).

Esta reforma do sistema de saúde fez convergir num sistema coerente as várias estruturas de prestação de cuidados de saúde existentes: as do sector público, representadas na sua maioria pelo SNS, as do sector privado e as do sector social. Contudo, as fronteiras entre as principais funções do sistema de saúde português – planeamento, regulação, financiamento e gestão – não são nítidas, sobrepondo-se

⁸ Modelo baseado no financiamento fiscal. Caracteriza-se pela sua universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde prestados. Assenta num sistema público financiado pelos impostos onde o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego. É característico dos serviços nacionais de saúde (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Noruega, Portugal e Suécia) (Silva 2003).

mesmo, dado que o governo é não só o principal prestador como é também terceiro pagador (OPSS 2002).

Com a publicação deste corpo de leis passa a vigorar em Portugal um sistema de saúde misto e é trazida pela primeira vez para a discussão pública a importância de envolver e responsabilizar cada cidadão de *per se*, a sociedade e o Estado na tomada de decisão em assuntos relativos à saúde, de acordo com o estabelecido na Base I da Lei de Bases da Saúde: “A protecção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei” (DR n.º 195: 3452).

Tem-se mostrado profícuo o trabalho dos legisladores ao longo das três últimas décadas na produção de diplomas legais que abordam as questões relacionadas com a política da saúde, nomeadamente no que respeita à sua estruturação, organização e gestão, não sendo, contudo, observável o efeito induzido pela publicação de tão elevado número de diplomas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos. É reconhecido que “na administração pública portuguesa sempre se sobrevalorizaram os instrumentos legislativos como estratégia de mudança. Elabora-se a lei e espera-se que a realidade se lhe adegue. Mas como a lei não contém os instrumentos de avaliação da sua própria eficácia, quase sempre não se atingem os efeitos previstos (...) proliferando nas estruturas e instituições concretas de saúde práticas de cuidados em que os cuidados primários se desarticulam com os cuidados diferenciados, em que se sobrepõem competências entre a rede de cuidados primários e a rede hospitalar e em que a procura de serviços de saúde é constantemente canalizada para as estruturas hospitalares, sempre com uma taxa saturada de utilização de recursos e sempre a funcionar acima das suas capacidades” (Carapinheiro 1998: 19-20).

Esta governação da saúde opõe-se de alguma forma ao estabelecido na Base XIII da Lei de Bases da Saúde na qual se pode ler que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes” (DR n.º 195: 3454).

Apesar de tudo, o valor dos documentos legais acima mencionados é inquestionável, tanto no que diz respeito à evolução do pensamento político em matéria de saúde como no que se refere aos efeitos práticos produzidos na obtenção de ganhos em saúde na população portuguesa, apesar de se verificar ter havido maior preocupação por parte dos governantes com a quantidade de cuidados de saúde prestados (alargamento da cobertura do país pelos serviços de saúde), do que com a sua qualidade, para o que muito contribuiu o contexto político, económico, social e cultural do país (OPSS 2002).

2.3 Desempenho do Sistema de Saúde Português

O desafio com que se debate qualquer sistema de saúde é o de aumentar o valor dos serviços de saúde prestados para promover a saúde e reduzir os efeitos da doença no indivíduo e na sociedade (Garvin and Tropman 1992). O valor incorpora tanto as características dos custos como as da qualidade. Especificamente, se uma dada organização conseguir elevar os seus níveis de qualidade (qualidade percebida pelos clientes) por um preço equivalente ao das suas competidoras está a criar valor. Por outro lado, se para um dado nível de qualidade uma dada organização conseguir prestar serviços a baixo custo aos seus clientes está também a criar valor (Shortell 2004).

O desempenho dos sistemas de saúde é muitas vezes comparado, usando para tal três critérios julgados essenciais: o acesso, os custos e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. O desempenho do sistema de saúde português foi, pela primeira vez, comparado com os sistemas de saúde de todos os países membros da Organização Mundial de Saúde (191 ao todo), no relatório sobre a saúde mundial que esta Organização publicou em 2000. No “ranking” global do desempenho dos sistemas de saúde, Portugal ficou em décimo segundo lugar, à frente de países como a Grã-Bretanha, a Alemanha, o Canadá e os Estados Unidos da América (Ministério da Saúde 2004, WHO 2000).

Apesar desta honrosa posição, quando se compara Portugal com outros países da OCDE “a sua despesa da saúde peca por um elevado nível de recursos em relação ao PIB, uma despesa pública “per capita” baixa, uma despesa excessiva com fármacos, assim como uma maior despesa com o sector privado, em relação a outros países com SNS. O desempenho em relação à equidade, eficiência, responsabilização e capacidade

de resposta também fica aquém do que seria de esperar. As infra-estruturas estão desatualizadas e, apesar de legisladas, tentativas anteriores de reforma do sistema de saúde nunca foram completamente implementadas” (EOHCS 1999; Ministério da Saúde 2004; WHO 2000).

Os formuladores de política detêm hoje conhecimento bastante sobre as ferramentas e os métodos que podem ser utilizados para atingir os principais objectivos políticos, como controlar a taxa da despesa pública, assegurar um acesso equitativo aos cuidados de saúde, melhorar a saúde e prevenir as doenças, e estabelecer um financiamento equitativo e sustentável para os serviços de saúde. Estas ferramentas e métodos foram utilizados, com diferentes graus de sucesso, nos esforços de reforma das últimas décadas, fornecendo experiências enriquecedoras tanto no sucesso como no fracasso. Ao avançar, é importante aprender com os esforços passados para melhorar e antecipar os numerosos e significativos obstáculos a mudanças bem sucedidas.

A formulação de políticas inclui um cuidadoso equilíbrio entre as trocas, reflectindo a importância atribuída a uma série de objectivos importantes bem como a um certo número de incertezas. O objectivo último é, obviamente, a boa saúde da população, mas a promoção da saúde não é a única consideração.

As decisões políticas relativas à saúde podem ter consequências económicas consideráveis, na medida em que o sector da saúde é um componente importante e poderoso das economias dos países que possibilita numerosos empregos e uma indústria lucrativa. Por isso, mudar sistemas no sentido de melhorar o desempenho nunca é tarefa fácil visto que o sucesso das mudanças realizadas pode ser afectado pela pressão das várias partes interessadas em adoptar as reformas propostas. Perante a rápida progressão da medicina e a evolução dos objectivos de cuidados de saúde, a reforma dos sistemas de saúde é, necessariamente, um processo progressivo e iterativo já que não existem soluções únicas e rápidas. A análise comparativa no seio de e entre os países bem como a partilha de informação podem ajudar. A observação mútua é primordial para revelar práticas eficientes e as circunstâncias nas quais funcionam. Ao trazer experiência, evidências e novas ideias, o trabalho adicional a nível internacional ajudará os formuladores de políticas a atenderem aos desafios que se avizinham (OCDE 2004).

É sabido que os sistemas de saúde diferem na concepção, nos valores e no tipo de recursos utilizados bem como nas consequências para a saúde e nos resultados que

obtêm. Não obstante, os legisladores na área da saúde têm objectivos comuns e podem beneficiar-se mutuamente com a partilha de experiências quando realizam mudanças nos sistemas de saúde com vista à melhoria do desempenho. Apesar das suas diferenças, os sistemas de saúde podem fazer mais e melhor para atender às expectativas e preferências dos pacientes e consumidores de cuidados de saúde (EOHCS 1999).

2.4 Relevância dos Sub-Sistemas no Sistema de Saúde Português

O Sistema de Saúde Português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas de cobertura dos cuidados de saúde: o Serviço Nacional de Saúde, os esquemas de garantia especiais para determinados profissionais e os esquemas de seguros privados de saúde voluntários. O Serviço Nacional de Saúde, modelo Beveridgeano, cobre toda a população portuguesa. Contudo, o peso do sector privado no sistema de saúde português representa cerca de 30% de todas as consultas médicas e o seguro privado de saúde cobria, em 1998, 10% da população (EOHCS 1999).

Os esquemas de garantia especiais incluem uma série de subsistemas que cobrem cerca de 25% da população, sendo os cuidados de saúde providenciados quer directamente pelas organizações do Serviço Nacional de Saúde, quer por contratos com prestadores privados ou públicos e, em alguns casos, por ambos. O acesso está, geralmente, limitado aos membros das profissões específicas e suas famílias. Os principais subsistemas de comparticipação que operam no sector público e privado estão, actualmente, a passar por um período de readaptação às exigências do sistema.

Muitos destes subsistemas são obrigatórios para os trabalhadores, mas não impedem que os beneficiários procurem a obtenção de serviços no Serviço Nacional de Saúde. Os subsistemas de saúde dão, normalmente, mais liberdade de escolha aos seus beneficiários do que os outros sistemas legais. Embora os utilizadores dos subsistemas sejam livres para pagar os serviços onde quer tenham escolhido, a maior parte usa o sector privado para cuidados ambulatoriais e o Serviço Nacional de Saúde para cirurgias não electivas.

3 Regulação em Saúde

A constatação de que existem especificidades no sector da saúde que não se encontram noutros sectores da actividade económica tem sido aceite como a principal razão para que o Governo desempenhe naquele sector o papel de regulador do mercado da saúde. As diferenças entre uma economia de mercado e o mercado da saúde são significativas e os factores básicos subjacentes às principais diferenças entre o sector da saúde e os outros sectores da economia caracterizam-se por um forte juízo de valores sobre tudo o que se relaciona com o sector da saúde, mais acentuado quando se trata do consumo do bem “cuidados de saúde” do que na generalidade dos bens e serviços disponíveis na sociedade, que se traduz no princípio do acesso universal que estabelece que não deve ser negado o acesso a cuidados de saúde mínimos independentemente da capacidade financeira individual.

Este juízo de valor específico do “bem saúde” deriva: (a) do reconhecimento das limitações à capacidade do consumidor em fazer as escolhas apropriadas; (b) do desejo da sociedade em promover uma maior redução das desigualdades no consumo do “bem saúde” do que nos restantes bens e serviços; (c) da presença de externalidades na utilização de cuidados de saúde, bem como no facto dos indivíduos atribuírem valor aos cuidados de saúde prestados aos outros elementos da sociedade; (d) do contexto de incertezas em que a maioria das decisões têm de ser tomadas e que deriva da incerteza quanto ao momento em que o indivíduo necessita de cuidados de saúde e quanto ao montante dos custos monetários envolvidos; (e) da incerteza do prestador quanto à escolha do tratamento a prescrever em cada situação clínica com que é confrontado; (f) da incerteza quanto aos resultados obtidos pelo tratamento prescrito para cada indivíduo; (g) da delegação da tomada de decisão que caracteriza uma parte substancial das relações entre prestador e utente e que na maioria dos casos advém da assimetria de informação entre estes dois agentes, assumindo na maioria das vezes o carácter de relação de agência, na qual o prestador orienta o consumidor na procura de cuidados de saúde que de outro modo não procuraria por incapacidade de fazer escolhas sensatas, ou de relação segurador-segurado quando a partilha do risco é feita através de um seguro de saúde público ou privado. Estas relações conduzem, com frequência, ao risco moral, isto é, à tendência para as pessoas consumirem mais do que o que normalmente fariam

uma vez que não pagam um preço que reflecta o custo de oportunidade dos recursos utilizados, devido à cobertura dos riscos de saúde quer pelo Serviço Nacional de Saúde no primeiro caso, quer pelas seguradoras no segundo; (h) a existência de externalidades, isto é, as decisões individuais que têm efeito sobre o indivíduo (efeito interno) mas que também podem ter efeito sobre a comunidade (efeito externo). Assim, a imunização de um indivíduo contra uma determinada afecção diminui a probabilidade deste vir a contrair a doença, diminuindo também a probabilidade de outros elementos da comunidade contraírem a doença, princípio este que está na base da irradicação de certas patologias em algumas regiões do mundo (varíola).

Também a procura em saúde difere da procura de outros bens e serviços. Esta é ditada pelas leis da oferta e da procura e da livre concorrência. Aquela é influenciada por diversas particularidades que estão directamente relacionadas com as especificidades do mercado da saúde. Do ponto de vista do consumidor, a procura é irregular e imprevisível e ocorre em circunstâncias anómalas, isto é, em situação de doença (física, psíquica, social), o que pode comprometer a racionalidade da tomada de decisão do consumidor, e o consumo de serviços de saúde envolve alguns riscos para o consumidor relacionados com a incerteza quanto aos resultados esperados, como atrás ficou dito.

Esta incerteza e risco traduz-se na prática na impossibilidade do consumidor utilizar experiências anteriores para eliminar essa mesma incerteza, o que condiciona a existência de uma ligação de confiança entre o agente da procura e o agente da oferta de cuidados de saúde. O elo de confiança reforça-se pela crença de que o conselho do prestador está dissociado do seu interesse próprio.

3.1 Economia de Mercado *versus* Mercado da Saúde

De acordo com a teoria da oferta e da procura é no mercado, através do mecanismo dos preços, que se obtém a maior racionalidade na produção e na distribuição dos bens e serviços. Assim, a oferta é a quantidade de um bem ou serviço que é produzida, enfatizando deste modo o lado dos produtores; a procura é o desejo por um bem ou serviço combinado com a capacidade e a habilidade de tornar esse desejo conhecido e realizado, isto é, analisa o lado dos consumidores; o mercado é o

mecanismo de ajuste entre a oferta e a procura que permite a troca de bens e serviços entre produtores e consumidores sem a intervenção do Estado, pois utiliza como indicadores os preços.

Neste contexto, com base no preço de mercado de determinado bem ou serviço, os produtores disponibilizam ou seus produtos e os consumidores vão consumi-los de acordo com o seus rendimentos, os seus desejos e necessidades, além da estrutura organizacional e institucional da sociedade (Castro 2002; Samuelson 2005).

Todo este sistema funciona sem imposições ou direcção centralizada de alguém. Milhões de empresas e de consumidores envolvem-se no comércio voluntário, sendo as suas acções e os seus objectivos coordenados invisivelmente por um sistema de preços e mercados. De facto, a maior parte da nossa actividade económica ocorre sem intervenção governamental e essa é a verdadeira maravilha da sociedade. Este mecanismo elaborado de coordenação de pessoas, actividades e empresas é designado de economia de mercado, onde nenhum indivíduo ou organização é isoladamente responsável pela produção, pelo consumo, pela distribuição e pela fixação de preços. O mercado estabelece o preço de equilíbrio que junta os desejos dos vendedores e os dos compradores, isto é, os preços a que os compradores desejam adquirir exactamente a quantidade que os vendedores desejam vender proporciona um equilíbrio entre a oferta e a procura (Samuelson 2005).

Em condições de perfeita competição, o equilíbrio de mercado corresponde à situação em que os produtores maximizam o seu lucro e os consumidores maximizam a sua utilidade. A existência de ordem no sistema de mercado foi reconhecida pela primeira vez por Smith (1776) quando proclamou o princípio da “mão invisível” segundo o qual, na prossecução egoísta exclusiva do seu benefício pessoal, todos os indivíduos são levados, como que por uma “mão invisível”, a atingir o melhor benefício comum (Samuelson 2005)

A perspectiva do autor acerca do funcionamento do mecanismo do mercado levou-o a afirmar que a harmonia entre o interesse privado e o interesse público resulta do esforço de cada indivíduo em aplicar o seu capital de modo a que a sua produção tenha o valor máximo. Geralmente não tem intenção de promover o interesse público nem sabe sequer em que medida o está a fomentar. Pretende unicamente a sua segurança, apenas o seu próprio ganho. E assim prossegue, como que levado por uma

“mão invisível”, na consecução de um objectivo que não fazia parte das suas intenções. Na prossecução do seu próprio interesse, promove frequentemente o interesse da sociedade de uma forma mais efectiva do que quando realmente o pretende fazer (Samuelson 2005).

Segundo esta teoria, o mercado alcança o máximo de utilidade possível dados os recursos disponíveis na sociedade e desde que se verifique a existência concomitante dos seguintes pressupostos essenciais: racionalidade, inexistência de externalidades, perfeito conhecimento do mercado por parte dos consumidores, livre escolha por parte dos consumidores e existência de produtores e consumidores sem poder para influenciar o mercado.

O pressuposto da racionalidade é de que o consumo pode ser planeado, isto é, o consumidor sabe com clareza o que quer consumir, quando e onde conseguir os bens ou serviços; as externalidades são os efeitos colaterais produzidos pelo consumo ou pela produção de um bem por terceiros que afectam o indivíduo de forma positiva ou negativa e sobre os quais não exerce qualquer controlo; o perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor pressupõe que o consumidor sabe o que quer consumir, conhece todas as opções disponíveis e consegue julgar as diferenças de qualidade entre elas, podendo optar pelo consumo dos bens ou serviços que maximizarem a sua utilidade, decidindo livremente em seu próprio interesse sobre o que quer ou não consumir; por fim, num mercado de perfeita concorrência presume-se a existência de pequenos produtores sem o poder de influenciar o mercado e a competição entre eles far-se-á à base dos preços.

São estes os pressupostos para que o mercado realize, de modo eficiente, a sua função quer na produção, quer na distribuição de bens e serviços em condições ideais. Assim, em condições de perfeita concorrência (em que todos os bens e serviços têm um preço e são transaccionados no mercado e nenhuma empresa ou consumidor é suficientemente forte para afectar o preço de mercado) e não existindo “falhas de mercado”, os mercados irão extrair dos recursos disponíveis tantos bens e serviços úteis quanto os que forem possíveis. Porém, essas condições ideais não se encontram facilmente na realidade, havendo falhas de grau variado em todo e qualquer mercado. Estas falhas são imperfeições que ocorrem quando uma ou mais das condições de perfeita competição não estão presentes.

3.2 Falhas de Mercado

Um conjunto de falhas de mercado está relacionado com os monopólios, oligopólios e outras formas de concorrência imperfeita. Uma outra falha ocorre quando há externalidades ao mercado (positivas ou negativas). Uma última falha ocorre quando a repartição do rendimento é política ou eticamente incorrecta. A intensidade dessas falhas vai definir a maior ou menor necessidade de intervenção do Estado na economia.

Nas economias modernas, o Estado assume muitas tarefas em resposta às falhas do mecanismo do mercado com o objectivo de maximizar o bem-estar da sociedade, actuando do lado da procura, com a atribuição de subsídios a grupos vulneráveis (deficientes, desempregados, aposentados), e do lado da oferta, através de subsídios aos produtores (Samuelson 2005; Castro 2002; Carvalho 2005).

Do leque alargado de actividades possíveis o Estado, numa economia de mercado, tem três funções económicas principais: o aumento da eficiência ao promover a concorrência, ao combater as externalidades negativas e ao fornecer bens públicos; a promoção da equidade por meio do uso de impostos e ao empreender programas de despesa para redistribuir o rendimento a grupos específicos; o estímulo do crescimento e da estabilidade económica, reduzindo o desemprego e a inflação, enquanto estimula o crescimento económico através da política orçamental e da regulação monetária.

Porém, tratando-se do “mercado da saúde”, este deve ser analisado de forma especial já que nenhuma das condições de perfeita concorrência está presente.

É um dos maiores sectores da economia e dos que têm tido um crescimento mais rápido devido, sobretudo, ao desenvolvimento de novas tecnologias, ao envelhecimento da estrutura etária da população, às transformações nas estruturas de morbi-mortalidade, com o decréscimo das doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crónico-degenerativas, aos factores socioeconómicos e culturais e ao aumento do leque de pagamentos por um terceiro pagador.

É caracterizado por múltiplas falhas de mercado que levam os governos a intervir intensamente, sendo as principais: (a) a ocorrência de riscos e incertezas; (b) as externalidades; (c) a distribuição desigual da informação; (d) a existência de barreiras; e (e) o risco moral (Samuelson 2005; Castro 2002; Frederico 2000), como atrás ficou referenciado.

3.2.1 Ocorrência de Riscos e Incertezas

A ocorrência da doença é imprevisível, não sendo por isso possível planejar individualmente o consumo futuro de cuidados de saúde. Nesta circunstâncias, a resposta de um mercado não regulado pelo estado passaria pelo desenvolvimento de mecanismos de seguros privados de saúde que ressarcissem o indivíduo das despesas feitas com a saúde.

Porém, o sistema de seguros privados de saúde apresenta alguns problemas. Assim, as companhias de seguros para além dos custos de administração e de “marketing” também auferem lucros. Em consequência disso, o custo do prémio do seguro tem de ser maior do que o custo efectivo dos possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar, acabando este por pagar outras despesas para além das relacionadas com os cuidados de saúde recebidos (Castro 2002).

Mas, porque os indivíduos são avessos aos riscos, estes dispor-se-iam a pagar o prémio de seguro, precavendo-se assim contra a possibilidade de incorrerem em grandes encargos financeiros em caso de doença. Esta seria uma aparente solução para o problema da incerteza quanto ao futuro, porém, o mercado de seguros privados de saúde apresenta também algumas falhas como sejam a selecção adversa e o risco moral.

A selecção adversa consiste na exclusão de alguns grupos do acesso ao seguro de saúde. Num mercado competitivo, as companhias de seguros por não deterem o conhecimento pleno do mercado não sabem os riscos a que cada indivíduo está sujeito, calculando por isso o valor do prémio do seguro com base num risco médio.

Contudo, o consumidor sabe mais sobre as suas condições de saúde e, quando percebe que o seu risco é menor do que a média, opta por não participar do seguro. Quando os de menor risco desistem de participar aumenta o risco médio do grupo que continua interessado na participação do seguro, aumentando também o preço final do prémio. Esta situação repete-se indefinidamente para os remanescentes porque os riscos nunca serão iguais para todos (Samuelson 2005; Castro 2002).

Como forma de contornar este processo, as companhias de seguro criam os seguros que avaliam o risco de cada indivíduo com base na história pessoal e familiar. O efeito mais perverso desta situação é o aumento do valor do prémio para os grupos de maior risco (idosos, doentes crónicos) que, provavelmente, não terão condições económicas para pagar, ficando assim fora do seguro.

A selecção adversa deixa então de fora os de menor risco que iniciaram o processo mas que saíram fora do esquema e os de maior risco que não puderam pagar o seguro calculado com base no risco individual. De acordo com a teoria do mercado tradicional, só existe falha de mercado no primeiro caso, em que o conhecimento do risco não é igual para o consumidor e para o produtor. No segundo caso, à luz daquela teoria, não ocorre uma falha de mercado, uma vez que os consumidores não podem entrar no mercado apenas porque não auferem rendimento suficiente para pagar o prémio do seguro.

Contudo, esta situação tem o seu quê de perversidade pelo facto de (tratando-se da saúde, que é um dos direitos fundamentais de todo e qualquer cidadão) excluir do acesso aos cuidados de saúde uma franja da população que apresenta maior necessidade de atenção só porque não dispõe de recursos (Castro 2002).

3.2.2 Externalidades

As externalidades são os efeitos colaterais, positivos ou negativos, da produção ou consumo de um bem ou serviço auferido por um terceiro, como atrás ficou dito. Num mercado não regulado, a existência de externalidades leva a sociedade a produzir bens e serviços num ponto que não é o de equilíbrio de mercado.

No caso da saúde, existe a produção de externalidades positivas, sobretudo as de um tipo especial chamado “bem de mérito”, cuja utilização dá origem a benefícios superiores aos auferidos pelo consumidor e que tem como principal característica a inexistência de rivalidades e de exclusão no consumo, isto é, todos podem consumir o mesmo bem ao mesmo tempo.

Estão neste caso a imunização devida ao consumo de vacinas e a prevenção de outras doenças infecto-contagiosas devido a alteração dos comportamentos individuais como no caso da SIDA e da tuberculose, para citar apenas alguns exemplos.

3.2.3 Barreiras do Lado da Oferta

Outra das falhas do mercado da saúde é a existência de barreiras do lado da oferta, quer seja através da regulamentação e do controle das licenças para a actividade

profissional, quer por meio da restrições ao número de consultas, exames e outros cuidados de saúde, quer ainda através do controlo do número de vagas nos estabelecimentos de ensino superior.

Assim, a regulação em saúde tem de ser criteriosamente ponderada, pois pode transformar-se na defesa da corporação dos produtores uma vez que a redução da oferta tende a aumentar os preços. Isto é, se a regulação da entrada de novos profissionais no mercado for feita de tal forma que a oferta de profissionais seja menor que a procura haverá uma tendência para aumentar o valor dos salários. Esta é uma situação contraditória visto que, com o objectivo de proteger os interesses do consumidor, se coloca a exigência do licenciamento do exercício profissional que, por seu turno, dá aos fornecedores um poder de mercado especial, principalmente quando são eles mesmos quem decide o número de novos fornecedores no mercado (Castro 2002).

A restrição ao número de actos clínicos, quer por escassez de recursos, quer como forma de moralizar a procura de cuidados de saúde, pode subverter os valores subjacentes à criação dos sistemas de saúde, sobretudo daqueles cujo modelo é essencialmente Beveridgeano. Estão neste caso a introdução de taxas moderadoras como justificação para conter os excessos de procura de cuidados de saúde pela população, mas que insidiosamente se vão instalando como forma alternativa de subsidiar as despesas com os cuidados de saúde.

3.2.4 Risco Moral

O risco moral ocorre em determinadas condições, quando a condição de perfeita competição – racionalidade – não está presente. Nos casos de risco moral existe uma tendência para ocorrer um excesso de procura que tanto pode acontecer em sistemas de saúde baseados em seguros de saúde privados ou públicos como nos sistemas de saúde que cobrem a totalidade dos gastos com cuidados de saúde, como no caso do Serviço Nacional de Saúde, levando quer o consumidor quer o prestador a alterarem a sua atitude face à necessidade de cuidados de saúde, uma vez que as despesas estão completamente cobertas.

Nestas circunstâncias, do lado do consumidor, como o seu gasto com os cuidados de saúde não se altera em relação ao volume consumido, tenderá a consumir

mais do que o necessário. Em contrapartida, do lado do prestador tenderá a prover cuidados de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários.

Este processo desrespeita um dos principais pressupostos da teoria de mercado – a independência entre a oferta e a procura – e que é conhecido como a oferta que induz a procura porque o produtor actua quer do lado da oferta – prestando o serviço – quer do lado da procura – enquanto agente do consumidor que, por não possuir as informações necessárias para a tomada de decisão, consumirá os serviços de acordo com o aconselhado pelo fornecedor.

Além disso, o efeito da indução da procura pelo lado da oferta é reforçado pela existência de uma terceira parte envolvida – a companhia de seguros, a empresa ou o Estado – que vai pagar as despesas, o que também não motiva nem o consumidor nem o produtor a moderarem o consumo, havendo, em consequência disso, o aumento dos gastos dos sistemas de saúde públicos e dos custos dos prémios dos seguros (Castro 2002).

3.2.5 Assimetria de Informação

A relação de agência que se estabelece entre o consumidor e o produtor de bens e serviços de saúde advém do facto da assimetria da informação existente entre o primeiro e o segundo, sendo maior do lado do prestador. Como não é possível comprar no mercado a melhoria dos níveis de saúde ou a cura, o consumidor é obrigado a comprar os cuidados de saúde que resultarão em melhoria do estado da saúde ou na cura da doença.

Porém, o mercado falha ao não informar plenamente o consumidor sobre a relação que se estabelece entre uma determinada acção e o seu futuro estado de saúde, colocando os produtores numa posição de agentes, de conselheiros, que actuam em nome dos consumidores, podendo influenciar ao mesmo tempo a procura e a oferta. Os produtores detêm assim o poder de induzir a procura dos seus próprios serviços, sendo esta uma das falhas mais bizarras do mercado da saúde (Samuelson 2005; Castro 2002).

Como os consumidores não conhecem plenamente as repercussões no seu estado de saúde pela adopção de determinados cuidados é possível que, se pudessem escolher livremente no mercado, cometessem graves erros. O Estado, que tem como uma das

suas atribuições zelar pelo bem estar dos seus cidadãos, deve intervir regulando o mercado da saúde.

Utilizando os conceitos da teoria tradicional da oferta e da procura verifica-se a existência de numerosas falhas de mercado no sector da saúde, pelo que a análise dos cuidados de saúde proporciona um “laboratório” para compreender o conflito entre e eficiência e a equidade e a importância das externalidades e das falhas de mercado (Samuelson 2005).

A partir daquela teoria e procurando avançar na compreensão das especificidades do sector da saúde, Castro (2002) introduz o conceito de necessidade. Segundo a autora, o conceito de necessidade parte do reconhecimento de que, no sector da saúde, a oferta e a procura não interagem de maneira convencional: a procura não é autónoma e a oferta tem um papel importante na determinação dos níveis de consumo (Castro 2002).

Como ficou dito anteriormente, este processo ocorre devido à falta de informações e às incertezas sobre os efeitos do consumo dos serviços de saúde. O prestador estabelece uma relação de agência com o consumidor, indicando o tratamento, já que este não tem condições de julgar a melhor alternativa, seja antes ou depois do consumo. E, quando o prestador actua como agente do consumidor, pode ocorrer um nível de consumo diferente daquele que ocorreria caso o consumidor estivesse completamente informado e pudesse escolher livremente.

O papel desempenhado pelo produtor torna difícil a separação entre a oferta e a procura. Temos assim que a procura por serviços de saúde é induzida pela oferta e por isso não existem condições para a perfeita competição.

A existência de falhas torna o mercado ineficiente na provisão de bens e serviços, sendo pouco provável que se alcance a equidade através das leis do mercado porque este reforçará o padrão existente de distribuição, que é normalmente definido pelo nascimento, pelo rendimento e pela educação. Além disso, tenderá a atribuir os serviços de acordo com a capacidade de pagamento, prejudicando principalmente os economicamente mais desfavorecidos e os doentes (Samuelson 2005).

Assim, um conjunto de preocupações que justifica a intervenção do governo no sector da saúde assenta no facto dos cuidados de saúde serem “bens públicos” que o mercado não fornece de modo eficiente, como a ciência básica e a prevenção de

doenças contagiosas. Por outro lado, a solução de mercado puro resolve as falhas de mercado por selecção adversa ou risco moral, mas fá-lo à custa de um grande esforço individual com as despesas em cuidados de saúde que poucos estão em condições de poderem suportar.

Outra preocupação da política governamental no sector da saúde é a equidade, isto é, proporcionar cuidados de saúde para todos numa base igualitária, dado que a saúde para todos é, cada vez mais, vista como um direito humano básico.

Pelo atrás exposto, pode intuir-se que para garantir aos cidadãos a prestação de serviços de saúde com qualidade se torna necessário por um lado, entender as especificidades do “mercado da saúde”, por outro, reconhecer as múltiplas dimensões em que se divide um sistema de saúde quer seja local, regional ou nacional e que são passíveis de serem qualificadas, por fim, considerar a importância de uma abordagem multisectorial quando se deseja alcançar a meta de proporcionar aos utentes/doentes serviços de saúde de excelência que proporcionem maiores ganhos em saúde.

No centro deste exercício reflexivo está cada ser humano, doente ou não, com as suas múltiplas dimensões: física, psíquica, social e espiritual que não é passível de ser reduzido à ínfima espécie, já que cada uma das dimensões influencia e é influenciada pelas outras.

É necessário que a sociedade decida como vai garantir os direitos estabelecidos para os seus cidadãos. A saúde é um dos direitos básicos que permite ao cidadão viver, trabalhar e produzir. Não se pode tratar a saúde como uma mercadoria qualquer (Castro 2002).

4 Organizações de Saúde

Durante mais de um século, desde os seus começos nas décadas de 60 e 70 do século XIX, as organizações baseavam-se na propriedade. A organização típica era dona ou, pelo menos, controlava o que quer que fosse, desde que o considerasse como sendo os seus negócios. As organizações em si baseavam-se no comando e no controlo ancorados na propriedade.

Embora esta seja ainda a estrutura das organizações tradicionais, o comando e o controlo estão a ser, cada vez mais, substituídos por, ou misturados com, todos os tipos de relações: alianças, “joint ventures”, participações minoritárias, parcerias, “know-how” e acordos de “marketing” – tudo relações nas quais ninguém controla nem comanda. Estas relações têm de ser baseadas numa compreensão mútua dos objectivos, políticas e estratégias, no trabalho de equipa e na persuasão.

4.1 Organizações de Saúde do Século XXI

As organizações tal como hoje existem são o resultado histórico e integrado da contribuição cumulativa de numerosos percursos, cada um em seu campo de acção, que foram, ao longo dos tempos, desenvolvendo e divulgando as suas obras e teorias.

Uma das transformações organizacionais que tem merecido particular atenção diz respeito à passagem do paradigma da administração científica de Taylor e Fayol para um novo paradigma que está a emergir desde o começo dos anos 80. Contudo, a emergência de uma abordagem da organização totalmente nova não vem substituir as abordagens mais antigas, mas sobrepor-se-lhes.

A organização é mais do que uma máquina, como o é na estrutura de Taylor, Fayol e Weber. É mais do que economia, definida pelos resultados do mercado. A organização é sobretudo social. É pessoas. A sua finalidade é, portanto, tornar efectivas as forças das pessoas e irrelevantes as suas fraquezas. A organização não é apenas uma ferramenta. Revela valores. Revela a personalidade de uma organização, uma organização sem fins lucrativos, uma agência governamental. É definida por, e define, os resultados de uma empresa específica (Drucker et al 1998).

Uma organização é mais do que um conjunto de produtos e serviços. É também uma sociedade humana e, como todas as sociedades, alimenta formas particulares de cultura, “culturas de empresa”. Todas as organizações têm a sua linguagem própria, a sua própria versão da sua história (os seus mitos), os seus heróis e os seus vilões (as suas lendas), quer históricos quer contemporâneos.

A evidência sugere que é muito mais difícil duplicar a cultura e a forma de operar de uma organização do que a sua tecnologia, a sua estratégia, ou mesmo os seus produtos e serviços. É por isso que a cultura e a capacidade organizacional são fontes cada vez mais importantes de sucesso organizacional. Assim sendo, as organizações necessitam de por em execução práticas de trabalho de elevado desempenho ou elevado empenhamento e construir relações com os clientes e com os trabalhadores. As organizações com uma cultura forte evitam a rotatividade e não gerem as suas relações de emprego como um mercado pontual. Conservar e construir capacidade exige a conservação dos que possuem o conhecimento, tal como descobriram muitas organizações depois de terem perdido colaboradores e a sabedoria associada que eles representavam (Drucker et al 1998).

A organização do século XXI caracteriza-se pela responsabilidade, autonomia, risco e incerteza. Pode não ser um ambiente delicado, mas é muito humano. Ultrapassadas estão a rigidez e a disciplina artificiais da organização convencional. Em seu lugar está um mundo cheio de confusões, desafios e desapontamentos que caracterizam o mundo dos seres humanos reais (Drucker et al 1998).

Também as organizações de saúde, enquanto sistemas complexos caracterizadas por um grande número de variáveis ou multiplicidade de elementos heterogêneos (recursos humanos, recursos técnicos, recursos financeiros, informações, conhecimentos, cultura...) e por uma extraordinária interacção e interligação dos diferentes acontecimentos, têm de se adaptar a esta nova realidade e adoptar processos gestionários e de tomada de decisão que obriguem a formas de pensar complexas, que não se enquadram nos métodos de análise clássicos.

No entanto, a evidência mostra que, apesar dos inegáveis esforços para alterar a forma de pensar as organizações, a concepção tradicional da organização se encontra fortemente enraizada nas organizações de saúde, sobretudo nas do sector público, induzindo em graves erros de gestão.

De acordo com a tese de Zorrinho et al (2003), o pensamento complexo leva em conta os actores sociais, os quais considera como parte integrante da realidade sobre a qual actuam. Cada indivíduo é visto como um sub-sistema de um sistema que se procura dirigir e a organização de um sistema não é independente dos seres humanos que o constituem. Por seu turno, nos sistemas complexos o conceito de organização é inseparável do conceito de autonomia, pelo que a sua capacidade de organização contém, ela própria, capacidade para desenvolver comportamentos autónomos coerentes (Zorrinho et al 2003).

A motivação dos actores tem de ser feita de modo diferente, privilegiando as relações horizontais entre pares. Aos especialistas está acometido um desempenho estratégico. Em suma, as organizações estão a tornar-se mais “achatadas”, menos burocráticas e mais empreendedoras. Verifica-se um maior acesso à informação quer interna quer externa. O gestor tem de exercer uma maior liderança ao mesmo tempo que vê reduzir-se de forma drástica o seu poder relacionado com a sua posição hierárquica (Teixeira 1998; Lisboa et al 2004; Drucker et al 1998).

As organizações de saúde do século XXI têm de encontrar um modo de transformar a constituição e reconstituição espontânea de equipas multidisciplinares de elevado rendimento numa forma natural de trabalho como o fizeram, por exemplo, hospitais de cuidados intensivos como o Lee Memorial em Fort Myers, Flórida, EUA, e o St. Vincent em Melbourne, Austrália, que adoptaram modelos de prestação de cuidados apoiados em equipas multidisciplinares – que incluem médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, radiologistas e farmacêuticos – organizados em torno das necessidades dos seus pacientes e famílias e não das conveniências dos seus departamentos.

Utilizando princípios da indústria fabril, estes hospitais criaram células de tratamento específico ou “unidades centradas nos cuidados” para tratar a maior parte das necessidades de um paciente, desde a admissão até à alta. Os pacientes já não são passeados em cadeiras de rodas de departamento para departamento e deixaram de aguardar interminavelmente nos corredores pelos tratamentos e exames complementares. Em vez disso, as equipas têm os instrumentos e os recursos de que necessitam para fornecer cuidados completos aos pacientes. Apesar das preocupações iniciais com a ineficácia funcional e a perda de controlo, os resultados têm sido

espectaculares: reduções substanciais nos custos de operação; satisfação dos profissionais e utentes grandemente aumentada; rápidas melhorias da saúde dos pacientes.

A emergência de novas formas de organização nas quais se evidenciam os trabalhadores da informação e do conhecimento, a importância dos valores, da cultura, da inovação e da ênfase no cliente e do homem na organização, o espírito de grupo e da família transportado para as empresas, à semelhança das empresas japonesas, são com certeza um contributo para o desenvolvimento da gestão. (Lisboa et al 2004; Teixeira 1998; Sousa 2002; Drucker et al 1998). Apesar das teorias organizacionais que têm sido desenvolvidas se reportarem, essencialmente, às organizações que desenvolvem a sua actividade nas área da industria e dos serviços, os pontos de convergência com as organizações do sector público da saúde são muitos, aumentando aqueles quando referidos às organizações do sector privado da saúde.

4.2 Processo de Gestão

A gestão de uma organização obedece a um determinado processo que passa pela planificação, organização, liderança e controlo de todas as actividades realizadas por todos os intervenientes da organização (Mintzberg 1995; Lisboa et al 2004; Teixeira 1998).

Do ponto de vista da gestão das organizações de saúde, existem vários sistemas que podem ser utilizados para esse fim, dentro dos quais se destaca o Sistema Holístico que, levando em conta as ameaças e oportunidades do ambiente externo e as forças e fraquezas do ambiente interno da organização, busca a satisfação das necessidades de todos os “stakeholders” de forma harmoniosa, agregando o pragmatismo de atingir as metas com o respeito pela dignidade humana no trabalho, por meio da selecção de um conjunto de ferramentas de grandes modelos de gestão que consideram os recursos humanos como a base de sustentabilidade de desenvolvimento e continuidade da própria organização (Oliva e Borba 2004). “No centro desta base encontra-se o indivíduo, avaliado segundo a competência, a formação, a motivação, a polivalência, a responsabilidade, a capacidade de trabalho em grupo e a constituição da sua rede própria de relações” (Zorrinho et al 2003: 44).

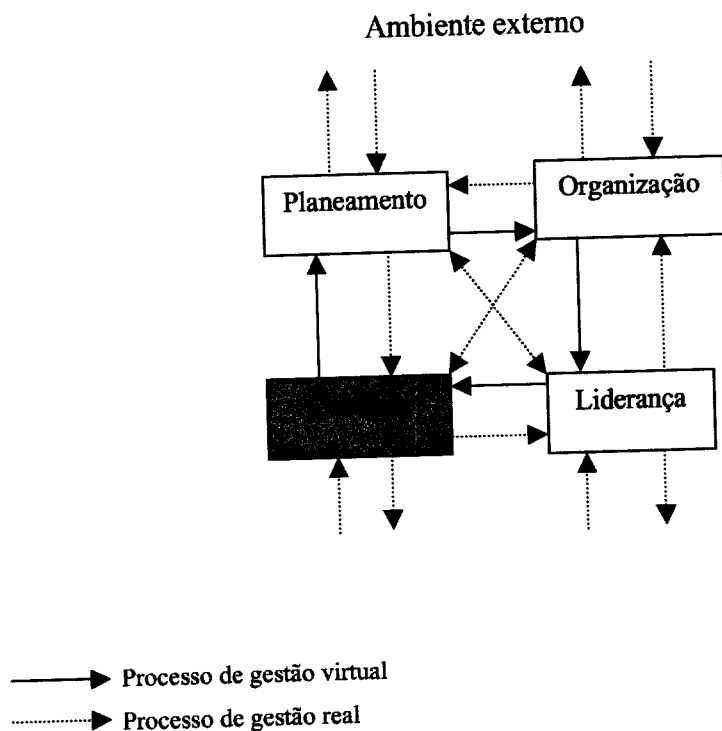


Fig. 1 Processo de gestão. Fonte: Lisboa et al. 2004

4.2.1. Planeamento

O planeamento requer que os principais responsáveis pela organização definam os objectivos e a melhor forma de os atingir (Lisboa et al 2004). No dizer dos autores, o plano é um guião, onde são comprometidos os recursos exigidos para alcançar os objectivos pretendidos, onde se definem as actividades dos diversos responsáveis, de forma coerente e de acordo com os objectivos em vista, e onde se encontram descritos os métodos de acompanhamento e de recolha de indicadores que permitam efectuar medidas correctivas, se e quando necessário. O planeamento procura assim definir a missão da organização, os valores que serão seguidos por todos e a visão de onde a organização quer chegar no tempo.

O planeamento estratégico trata do futuro das decisões actuais. Leva em conta os caminhos alternativos futuros. Por outras palavras, as escolhas ou decisões relativas aos caminhos futuros representarão a base das decisões actuais. Identificar de forma

sistemática as oportunidades e as ameaças do futuro e combiná-las com outros dados relevantes constituem os fundamentos para que sejam tomadas as decisões actuais mais acertadas, de modo a aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças. É um processo composto por uma estrutura de planos. Como processo, necessita de explicitar os seus objectivos e definir estratégias e políticas para alcançar esses objectivos. Trata-se de uma decisão prévia sobre o que deve ser feito, quando, como e por quem. Mas o planeamento estratégico é também uma filosofia. Como filosofia é uma concepção, um modo de vivenciar a organização, uma vez que o planeamento mais eficaz depende de muitas variáveis e dentro delas “as atitudes de valorização do referido processo” (Oliva e Borba 2004: 51).

Na perspectiva destes autores, existem dois tipos de planeamento estratégico: o planeamento intuitivo e o previsivo. O primeiro é, geralmente, realizado por uma só pessoa. Na maioria das vezes não resulta em planos escritos. O seu horizonte temporal é curto e é elaborado com base na experiência passada, no “palpite”, no julgamento e na reflexão do gestor. O segundo, corresponde ao sistema formal de planeamento. Envolve o trabalho de várias pessoas, resulta em planos escritos, o seu horizonte temporal pode ser alargado e é elaborado com base em pesquisas e em técnicas de análise de problemas e de tomada de decisões. Idealmente, estes dois sistemas de planeamento devem complementar-se (Oliva e Borba 2004).

A implementação do planeamento estratégico deve obedecer ao cumprimento de três etapas: levantamento e recolha de dados, diagnóstico da situação e identificação da missão, definição das finalidades e explicitação dos objectivos.

4.2.1.1 Objectivos

O planeamento começa assim por definir os grandes objectivos da organização, seguindo-se a sua decomposição em objectivos específicos (Lisboa et al 2004). Na mesma linha de pensamento Teixeira (1998) afirma que os objectivos devem ser claros e precisos e que no processo de planeamento é prioritária a definição do objectivo fundamental que é prosseguido e que traduz, de forma sintética e genérica, a finalidade da organização – a missão. A definição do objectivo fundamental tem de ser traduzida em objectivos específicos que devem ser explicitados de forma concreta e apresentar as seguintes características:

- Hierarquia: nem todos os objectivos têm a mesma prioridade. Há objectivos que são mais importantes do que outros que lhes estão subordinados e o doseamento do esforço para os conseguir atingir deve ter isso em conta;
- Consistência, isto é, os objectivos, que por regra são múltiplos, devem harmonizar-se entre si;
- Mensurabilidade: sendo os objectivos constituídos por desejos ou aspirações, há que verificar à *posteriori* até que ponto foram ou não atingidos;
- Calendarização, ou seja, reportar os objectivos ao tempo – um período bem definido ou uma série de fases;
- Desafios atingíveis: no sentido de que devem ser realistas, isto é, deve existir a real possibilidade de poderem vir a ser alcançados, mas simultaneamente obrigarem a um esforço, traduzindo-se assim num verdadeiro desafio que, quando se ganha, proporciona satisfação e estímulo para novas lutas (Teixeira 1998).

A definição de objectivos “faz com que as coisas aconteçam”. Por um lado, contribui para melhorar a comunicação e para uma melhor coordenação das actividades e dos actores envolvidos. Por outro, permite debelar eventuais conflitos de hierarquia e coordenação por meio da partilha das responsabilidades quanto ao cumprimento desses mesmos objectivos. Na medida em que apelam à colaboração das pessoas e pela necessidade do seu envolvimento e audição, contribuem também para um aumento da motivação, dando origem a comportamentos mais participativos e colaborantes, e desenvolvem mecanismos de controlo.

Porém, a simples determinação de um objectivo não garante que ele seja cumprido. Para que isso aconteça torna-se necessária a elaboração de planos, isto é, de “documentos que expressam a forma como os objectivos irão ser cumpridos” (Teixeira 1998: 37) que devem ser elaborados por todo e qualquer gestor, qualquer que seja o seu nível de actuação. A elaboração de planos destina-se à escolha e definição da melhor abordagem para a prossecução dos objectivos definidos.

4.2.1.2 Planos

Para atingir os objectivos pretendidos é necessário definir uma estratégia, isto é, a elaboração de um programa geral que estabelece a forma de alcançar esses objectivos. O seu desenvolvimento exige a realização de planos, os chamados planos estratégicos. Assim, os planos são guias de orientação permanente por períodos mais ou menos longos que podem assumir a forma de políticas, procedimentos, regulamentos e acções.

As políticas são planos que se traduzem em guias preestabelecidos para orientar os gestores na tomada de decisão. A implementação de políticas deve ter como ponto de partida a consideração pelos valores universais, intrínsecos da natureza humana e que impendem da cultura organizacional, visando assim alinhar os objectivos individuais com os objectivos da organização (Oliva e Borba 2004). São essencialmente de carácter qualitativo e bastante genéricas, procurando motivar de uma forma contínua os colaboradores. Podem existir em qualquer nível de gestão e tanto podem estar relacionadas com uma função como com um projecto. Pela sua natureza permitem a unificação dos planos em geral.

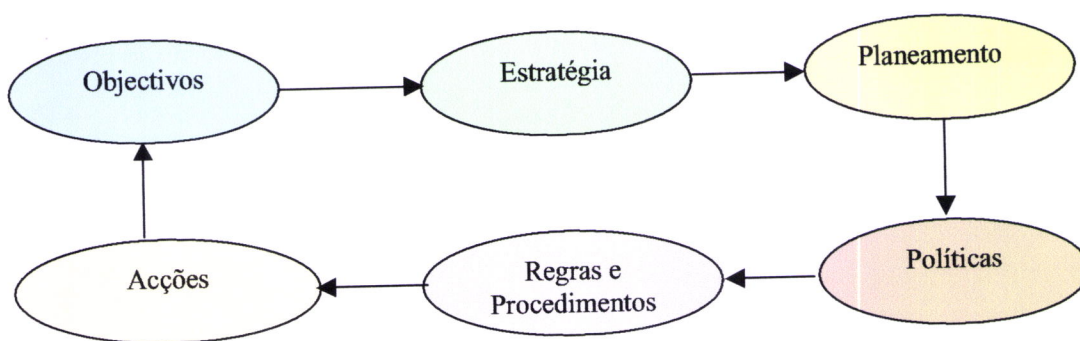


Fig..2 – Dos objectivos aos resultados. Fonte: Lisboa et al 2004

Os procedimentos são planos que estabelecem uma série de passos para se alcançar um objectivo específico. Existindo nos diversos níveis de gestão, são todavia mais numerosos nos níveis inferiores. As políticas são, via de regra, completadas com procedimentos.

Os regulamentos são guias de acção específicos e detalhados que se destinam a dirigir as actuações dos actores de forma mais apertada. Normalmente um procedimento

desdobra-se numa série de regulamentos. As regras especificam o modo de comportamento das pessoas na organização, o que devem ou não fazer e a maneira como o devem fazer. Finalmente são as acções que levam a organização a atingir os seus resultados, que em princípio deverão estar de acordo com os objectivos inicialmente definidos (Lisboa et al 2004; Teixeira 1998).

4.2.2 Organização

Organizar é a forma de distribuir a autoridade, o trabalho e os recursos pelos elementos da organização de modo a que estes possam atingir os objectivos propostos. A forma como se encontra organizada uma organização define a sua estrutura e esta varia de organização para organização. Assim, os gestores de nível hierárquico superior deverão ter em atenção a actividade principal da organização antes de definir a forma de organização do trabalho, a distribuição da autoridade e a afectação de recursos aos elementos da organização.

O desenho organizacional é definido como um conjunto de mecanismos que permitem dividir o trabalho em tarefas para assegurar a sua coordenação, e processa-se em cinco etapas básicas: a standardização das tarefas, a sua formalização, o desenho dos instrumentos de planificação e controlo, a definição dos níveis a que são tomadas as decisões e finalmente a configuração estrutural que a organização adoptará (Mintzberg 1995; Lisboa et al 2004; Silva 2004).

4.2.2.1 Estandardização das Tarefas

A standardização das tarefas é um indicador do grau de normalização dos procedimentos de realização das tarefas. Ela repousa sobre uma divisão do trabalho em tarefas com a consequente especialização dos postos de trabalho e dos trabalhadores (Mintzberg 1995; Lisboa et al 2004; Silva 2004).

4.2.2.2 Formalização

A formalização é, com toda a clareza, um instrumento de coordenação e tem como objectivos normalizar e disciplinar. A medida de formalização depende do peso da escrita na comunicação da organização. Assim, o número de informações escritas em circulação, o número de tarefas e procedimentos definidos por escrito, o número de

fichas de função ou de manuais de operações, entre outros, traduzem a extensão da formalização na organização (Mintzberg 1995; Lisboa et al 2004; Silva 2004). A formalização quando excessiva pode introduzir alguma rigidez no funcionamento das organizações, mas em contrapartida tem um efeito estabilizador inquestionável (Lisboa et al 2004).

4.2.2.3 Diferenciação

Algumas das dimensões que de imediato permitem captar a forma estrutural de uma organização podem ser: o número de níveis hierárquicos, o número de departamentos e serviços especializados, a estruturação interna desses serviços e departamentos assim como o seu tamanho global. Consequentemente, a forma estrutural permite identificar os resultados da divisão do trabalho e da especialização, materializados numa dupla diferenciação interna: uma diferenciação vertical expressa numa cadeia de comando e uma diferenciação horizontal expressa numa determinada departamentalização ou num determinado modelo de agregação das tarefas (Mintzberg 1995; Teixeira 1998; Lisboa et al 2004; Silva 2004).

4.2.2.4 Tomada de Decisão

Os níveis a que são tomadas as decisões definem até que ponto o processo decisional é mais ou menos centralizado, mais ou menos descentralizado. Estes níveis dependem de uma certa concentração do poder e ainda do carácter mais ou menos colegial do processo decisional (Lisboa et al 2004). Assim, a centralização é a situação em que se verifica uma maior retenção da autoridade pelos gestores de nível superior e, consequentemente, um reduzido grau de delegação. A descentralização é a situação inversa, em que se verifica um elevado grau de delegação da autoridade pelos gestores de nível superior aos gestores de nível inferior (Mintzberg 1995; Teixeira 1998; Lisboa et al 2004; Silva 2004).

Os graus de centralização e descentralização variam com a delegação do poder e constituem um intervalo contínuo entre dois pontos extremos em relação ao qual não é fácil encontrar uma situação ideal: centralização total – em que não há nenhuma delegação do poder e por consequência não é necessária qualquer estrutura organizacional, uma vez que todo o poder e autoridade reside nas mãos dos gestores de

topo; descentralização total – em que todo o poder e autoridade foi delegado nos subordinados, o que significa que o estatuto de gestor desapareceu e por conseguinte também não é necessária qualquer estrutura organizacional (Teixeira 1998). A tendência actual é no sentido de uma maior descentralização, com o objectivo de flexibilizar o funcionamento organizacional e de garantir o empenhamento dos colaboradores. A flexibilização das estruturas organizacionais e o reforço da sua adaptabilidade parecem exigir uma maior fluidez nos processos, uma maior rapidez nas respostas e uma maior criatividade nas acções desenvolvidas (Lisboa et al 2004; Teixeira 1998).

A repartição do poder ao longo da cadeia de comando, depende de um conjunto de factores. Por um lado, depende da conjuntura – uma conjuntura caracterizada por uma grande estabilidade é propícia a alguma centralização, enquanto uma conjuntura mais complexa e dinâmica exige uma maior descentralização para aumentar a participação dos colaboradores na resposta aos factores de complexidade; já uma conjuntura turbulenta, susceptível de fazer perigar a sobrevivência da organização, reconduzi-la-á a um estado de extrema centralização. Por outro, está dependente do tamanho da organização – o tamanho da organização é determinante na forma como se conduz o processo decisional. À medida que o seu tamanho aumenta, aumentam os problemas de supervisão, aumenta a estruturação, aumenta o número, o âmbito e a complexidade das decisões, factores que só podem ser contrariados com uma maior descentralização. Mas a repartição do poder depende também do número, natureza, competência e perfil dos seus colaboradores – estes elementos criam um cenário mais ou menos propício a uma maior delegação do processo decisional. Depende ainda da cultura organizacional – a cultura das organizações é também ela mais ou menos estimuladora do reforço da autonomia de decisão dos níveis inferiores da hierarquia (Lisboa et al 2004).

4.2.3 Liderança

O conceito de liderança encontra-se estreitamente relacionado com os conceitos de poder e de autoridade. O primeiro autor a estabelecer esta relação foi Webber para quem a autoridade é o poder legítimo, isto é, aceite por aqueles sobre os quais se exerce, sendo o poder, nesta perspectiva, “a probabilidade de um actor, dentro duma relação

social, estar em posição de realizar a sua própria vontade a despeito da resistência” e a liderança “a probabilidade de uma ordem ser pronta e automaticamente obedecida, por parte de um determinado grupo de pessoas” (Jesuíno 1999: 9). Assim, “a liderança não seria mais do que o exercício do poder por parte de um actor sobre um grupo. É esta especificação de grupo, enquanto destinatário do exercício do poder, que constitui uma das características básicas, e geralmente reconhecidas, do conceito de liderança (...) o poder é um conceito mais genérico e denota a capacidade de um actor alcançar os seus objectivos independentemente da natureza da relação em causa” (Jesuíno 1999: 9).

No quadro do comportamento organizacional, o tema da liderança tende a confundir-se com o conceito de gestão. A atenção dispensada ao tema por parte dos investigadores conduziu a uma profusão de estudos teóricos e empíricos apesar dos resultados não serem os mais desejados. No dizer de Calder (1977), esta “é uma das poucas áreas das ciências sociais com uma história verdadeiramente cumulativa de pensamento e investigação” (Jesuíno 1999: 16).

Como resultado dessas investigações os seus autores identificaram diferentes estilos de liderança. Uma das abordagens mais divulgadas sobre a definição dos estilos de liderança é a que se refere ao modelo de Blake e Mouton (1964), mais conhecido pela designação de “grade gerencial” ou modelo 9.9. A grade é definida por dois eixos ortogonais, um que traduz o maior ou menor grau de atenção aos subordinados e o outro a maior ou menor preocupação com a tarefa (Jesuíno 1999; Teixeira 1998; Sousa 2002).

De acordo com as pesquisas daqueles autores, os gestores com melhor índice de desempenho eram os que adoptavam um estilo de liderança 9.9, isto é, o estilo de liderança que corresponde ao grau mais elevado de preocupação quer com as tarefas quer com as pessoas. De acordo com os seus trabalhos, os autores afirmam que os gestores que adoptaram o estilo 9.9 obtiveram melhores resultados, menor rotação do pessoal, redução de absentismo e maior satisfação dos empregados (Teixeira 1998).

As perspectivas mais recentes, no que concerne à teoria da liderança, enfatizam o papel dos líderes “transformacionais”, por oposição aos líderes “transaccionais”, cujas características principais são: autoconfiança; uma visão; forte convicção e capacidade para comunicar; comportamento fora do comum; apreciado como um agente de mudança; forte sensibilidade à evolução das forças do ambiente.

Outra abordagem desenvolvida recentemente está relacionada com o surgimento dos grupos de trabalho auto-geridos. Estes grupos assumem a responsabilidade por uma tarefa completa, o que é possível graças à sua composição, pois os seus membros possuem não só as aptidões necessárias para realizar a tarefa mas também o poder de determinar os métodos de trabalho, a atribuição de responsabilidades e a criação dos próprios programas de trabalho (Teixeira 1998).

As teorias sobre modelos de liderança até agora elaboradas, pressupõem a existência de indivíduos ou grupos de indivíduos que desempenham as suas tarefas no interior de organizações com fronteiras bem definidas, mais ou menos rígidas, com estruturas organizacionais com maior ou menor grau de standardização, formalização ou diferenciação, com maior ou menor grau de centralização ou descentralização do poder, e aos quais é necessário conduzir para que sejam atingidos os objectivos organizacionais definidos pelos gestores do topo estratégico. Mas uma coisa é certa. As organizações do século XXI “serão muito diferentes das que existem hoje. Muita da análise e do que se escreveu no passado sobre o assunto estará, honestamente, errado ou, na melhor das hipóteses, será irrelevante. Isso deixa-nos com um desafio enorme. Temos de repensar o que é uma organização, conceptualmente, e porque razão existe, para o quê e para quem” (Drucker et al 1998: 369).

4.2.4 Controlo

O controlo é o processo de comparação entre o desempenho actual da organização e os padrões previamente definidos, com vista à introdução de medidas correctivas se e quando necessário. Nesta perspectiva, o controlo tem por finalidade evitar os erros mais do que corrigi-los *a posteriori*.

Embora os fundamentos do controlo de gestão se mantenham, as ferramentas ao dispor dos gestores com essa finalidade têm evoluído ao longo dos tempos. As técnicas de controlo são, concomitantemente, técnicas de planeamento cujo objectivo é fazer com que o plano seja bem sucedido, sendo as principais: o controlo orçamental, o controlo de “stocks” e o controlo de qualidade.

Pese embora o facto destes factores do processo produtivo terem sido durante muito tempo apenas referidos como elementos importantes para o sucesso das

organizações no campo da indústria e serviços, eles têm sido recentemente encarados como elementos cruciais na produção de serviços de saúde, salvaguardada a necessária distinção entre a actividade industrial e a dos serviços de saúde (Sousa 2002). Enquanto na primeira ocorre a transformação de “inputs” físicos em “outputs” físicos, sem contacto directo com o cliente no momento da produção, a actividade de serviços é exactamente oposta – o cliente não só está presente como, grande parte das vezes, é parte integrante do processo produtivo.

Quadro 1.4 Distinção entre actividade industrial e a de serviços

Actividade industrial e a de serviços	Industria	Serviços
Natureza e consumo do output	Tangível	Intangível
Uniformidade do input	Baixa	Alta
Intensidade de trabalho	Baixa	Alta
Uniformidade do output	Alta	Baixa
Medição da produtividade	Fácil	Difícil

Fonte: Sousa 2002

Nos serviços, os aspectos qualitativos são essenciais ainda que intangíveis e a medição da produtividade torna-se difícil (Sousa 2002).

4.2.5 Princípios de Gestão da Qualidade

Cada vez mais se tem constatado que a qualidade nas organizações tem de ser antes de mais uma filosofia, um conceito de gestão amplamente divulgado e absorvido por toda a organização, por forma a tornar-se parte integrante da cultura organizacional. A qualidade tem de ser uma preocupação de todos na organização. As organizações de saúde, cientes da importância de adoptarem um sistema estruturado que identifique, coordene e documente as actividades chave no domínio da qualidade, têm-se empenhado na implementação de processos de gestão da qualidade com base em normas de qualidade de sistemas de gestão.

Em Portugal, data de 1983 a criação do Sistema Nacional de Gestão da Qualidade, na dependência do então Ministério da Indústria, Energia e Exportação, através da publicação do Decreto-Lei n.º 165/83 de 27 de Abril (DR n.º 96). A designação daquele Organismo foi posteriormente alterada para Sistema Português da Qualidade (SPQ), com a publicação do Decreto-Lei n.º 234/93, de 2 de Julho (DR n.º

153) A legislação mais recente sobre o SPQ data de 8 de Junho de 2004 com a publicação do Decreto-Lei n.º 140/2004 (DR n.º 134), que estabelece a finalidade e as atribuições do Instituto Português da Qualidade no âmbito do Sistema Português da Qualidade. Este organismo é a estrutura que engloba, de forma integrada, as entidades que congregam esforços para a dinamização da qualidade em Portugal e que assegura a coordenação dos três subsistemas – da Normalização, da Qualificação e da Metrologia – com vista ao desenvolvimento sustentado do País e ao aumento da qualidade de vida da sociedade em geral. O Sistema Português da Qualidade é gerido e coordenado pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) que exerce a sua actividade na dependência do Ministério da Economia.

Com a criação do Instituto Português de Acreditação (IPAC) em Junho de 2004, na sequência de imperativos comunitários, passou a ser da competência deste Organismo as atribuições no âmbito da acreditação ou reconhecimento da competência técnica dos agentes de avaliação da conformidade actuantes no mercado. O IPAC é o Organismo Nacional de Acreditação (ONA), ou seja, é a entidade à qual o Estado Português confere, por lei, as atribuições relativas ao desenvolvimento das actividades de acreditação, isto é, de reconhecimento de competência técnica (DR n.º 134).

No sector da saúde, datam dos finais da década de 80 os primeiros desenvolvimentos na área da qualidade, com a publicação do normativo que obriga a criação de Comissões da Qualidade em todas as organizações de saúde e a criação da Direcção de Serviços de Promoção da Qualidade da Direcção Geral de Saúde. Mas a definição e assunção de uma Política da Qualidade em Saúde, indissociável da Política da Saúde, só veio a acontecer com a elaboração do documento “Saúde um Compromisso – A Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998-2000” (Ministério da Saúde 1999). Foi a partir daqui que a Qualidade foi assumida como uma das orientações estratégicas fundamentais. É assim que surge a concepção e definição do Sistema da Qualidade em Saúde, a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (DR n.º 98), mais de uma década e meia após ter sido concebido o Sistema Nacional de Gestão da Qualidade (actual SPQ). Fica assim claro que a qualidade em saúde não se constituía como uma prioridade das agendas políticas de então.

5 Caracterização da Região de Saúde do Centro

Introdução

A divisão do território nacional em regiões de saúde foi estabelecida em 1993 pelo Decreto Lei n.º. 11/93 de 15 de Janeiro, que consagra o Estatuto do Serviço Nacional da Saúde e que no seu artigo 3.º, pontos 1 e 2, estabelece que o Serviço Nacional de Saúde se organiza em regiões de saúde e que as regiões de saúde se dividem em sub-regiões integradas por áreas de saúde (DR n.º 12)

Assim, ao abrigo daquele estatuto, foram criadas cinco Regiões de Saúde: a Região de Saúde do Norte com sede no Porto e com uma área coincidente com os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real; a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa e com uma área coincidente com a dos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal; a Região de Saúde do Alentejo com sede em Évora e com uma área coincidente com a dos distritos de Évora, Beja e Portalegre; a Região de Saúde do Algarve com sede em Faro e com uma área coincidente com a do distrito de Faro; e a Região de Saúde do Centro, com sede em Coimbra e com área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu.

5.1 Caracterização Geográfica

A Região de Saúde do Centro estende-se, de norte para sul, do extremo norte dos concelhos de Ovar, Sever do Vouga, São Pedro do Sul, Castro D'Aire, Vila Nova de Paiva, Aguiar da Beira, Meda e Figueira de Castelo Rodrigo ao extremo sul dos concelhos de Idanha-a-Nova, Castelo Branco, Vila Velha de Ródão, Proença-a-Nova, Vila de Rei, Alvaiázere, Batalha, Bombarral e Peniche; de este para oeste, vai da região raiana de entre Idanha-a-Nova e Figueira de Castelo Rodrigo à costa ocidental atlântica entre Peniche e Ovar, apresentando o território assim circunscrito uma curiosa configuração em “bandeira hasteada”.

O relevo apresenta-se com características próprias, variando de plano junto à orla costeira (correspondente aos distritos de Aveiro e Leiria e aos concelhos pertencentes ao distrito de Coimbra localizados junto ao litoral) a montanhoso a nível dos distritos de Castelo Branco, Viseu e Guarda, atingindo o seu ponto mais elevado

1993 metros de altitude em pleno coração da Serra da Estrela. Esta diversidade de relevo influencia o clima da região que se apresenta ameno durante a maior parte do ano junto ao litoral, atingindo, nas zonas mais montanhosas do interior beirão, temperaturas negativas no inverno e elevadas na época de estio.

As características climatéricas da Região Centro, associadas à natureza do solo, têm contribuído, ao longo do tempo, para os fluxos migratórios que se têm feito sentir das zonas mais desfavorecidas do interior para as zonas litorais, criando assim desequilíbrios na demografia da região que se apresenta densamente populacionada nas zonas do litoral e com grau preocupante de desertificação nas regiões da Beira Interior Sul e Beira Interior Norte (INE 2004).

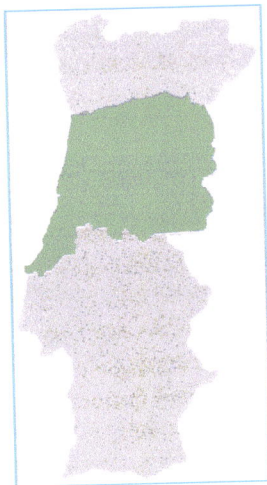


Fig.3- Mapa da Região de Saúde do Centro

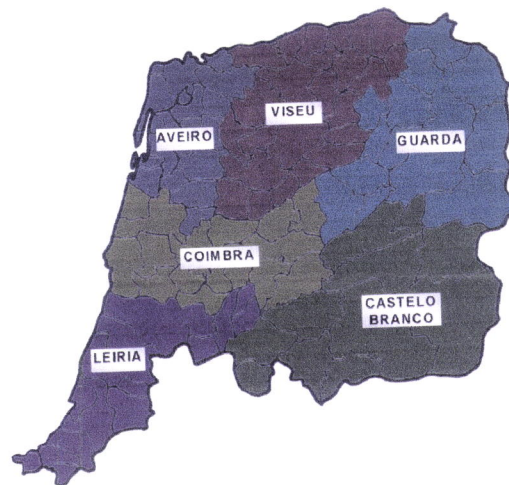


Fig. 4- Mapa da Região Centro por Distritos e Concelhos (ARSC 2005)

5.2 Demografia da Região

Com uma área de 27 469,6 Km², a Região de Saúde do Centro constitui a maior Região de Saúde do País, com mais de 30% da área total de Portugal (91 946,7 Km²). Serve uma população de cerca de 2.393.092 habitantes – aproximadamente um quarto da população residente em Portugal – distribuídos por 101 concelhos. Apresenta uma densidade populacional de 83,6 Hab/Km², com o concelho de Coimbra a registar o valor mais elevado, com 454,5 Hab/Km², seguido dos concelhos de Ovar com 377,9 Hab/Km² e Aveiro com 366,9 Hab/Km². O valor mais baixo foi registado no concelho de Idanha-a-Nova com 8 Hab/Km², seguido dos concelhos de Penamacor,

Vila-Velha-de-Ródão e Oleiros com 11,5 Hab/Km², 11,9 Hab/Km² e 13,6 Hab/Km², respectivamente, todos pertencentes à Sub-Região de Saúde de Castelo Branco. Seguem-se os concelhos de Figueira de Castelo Rodrigo com 13,7 Hab/Km², Almeida com 15,6 Hab/Km² e Pinhel com 17,7 Hab/Km², que integram a Sub-Região de Saúde da Guarda (ARSC 2005; INE 2004).

A população residente na Região Centro apresentou, entre os Censos de 1991 e 2001, um aumento de 3,3%, sendo significativo o acréscimo populacional nos distritos de Aveiro (9%) e Leiria (7,7%). Todavia, os distritos da Guarda, Castelo Branco e Viseu apresentam um crescimento negativo com -4,6%, -3,2% e -2,6%, respectivamente, como mostra o quadro 1.5.

Quadro 1.5 - Estrutura Demográfica da Região Centro, por Sub-Regiões, Δ 1991-2001

	Área Km ²	População 1999	População 2001	Densidade Populacional 1991	Densidade Populacional 2001	Δ 91/01
Região Centro	27470	2.315.828.	2.393.092	84,3	87,1	+3,3
Aveiro	2808,2	654.265	712.961	233,0	253,9	+9,0
Cast.Branco	6675,2	214.853	208.097	32,2	31,2	-3,2
Coimbra	3947,4	427.839	440.640	108,4	111,6	+3,0
Guarda	5518,7	188.165	179.435	34,1	32,5	-4,6
Leiria	3514,9	426.152	457.749.	121,2	130,2	+7,7
Viseu	5005,2	404.554	394.210	80,8	78,8	-2,6

Fonte: INE 2004; ARSC 2005

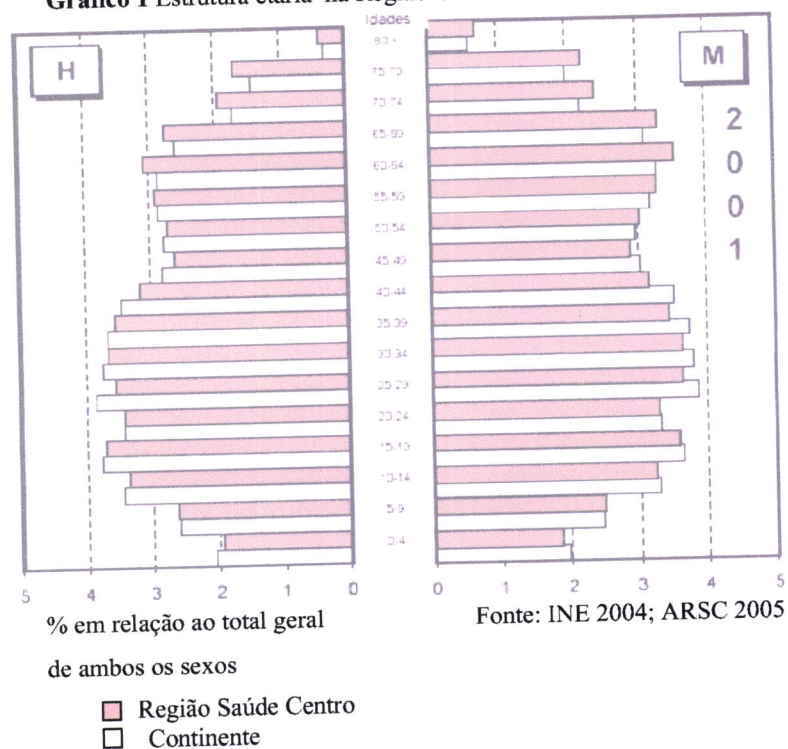
A estrutura etária também sofreu consideráveis modificações entre 1991 e 2001, com a Região Centro a apresentar uma população mais envelhecida do que a média do Continente, com uma quebra acentuada na proporção dos jovens ao nível das regiões da Guarda e Viseu, com -26,5 e -27 pontos percentuais em 2001 relativamente a 1991, seguidas das regiões de Castelo Branco com -21,7% e Coimbra com -21,1 %.

Os índices de envelhecimento apresentam valores positivos preocupantes ao nível das diversas Sub-Regiões, sobretudo nas Regiões da Guarda e Castelo Branco com +24,1% e +23,5% de idosos, respectivamente (INE 2004). A pirâmide etária apresenta-se já de base estreitada, assumindo a forma de “urna” acusando o envelhecimento da população (quadro 1.6 e gráfico 1)

Quadro 1.6 - Variação da estrutura etária na Região Centro e Continente na década 1991-2001

	≤14 anos			15-64			≥65		
	1991	2001	Δ%	1991	2001	Δ%	1991	2001	Δ%
Continente	19,7	15,8	-19,8	66,6	67,6	1,4	13,7	16,6	21,2
Região Centro	19,7	15,5	-21,3	64,8	66,0	2,0	15,5	18,6	20,0
Aveiro	21,3	17,0	-20,2	67,0	68,4	2,0	11,7	14,5	23,9
Cast.Branco	16,6	13,0	-21,7	62,0	62,9	0,9	21,5	24,1	12,1
Coimbra	18,0	14,2	-21,1	65,5	66,0	1,5	16,6	19,8	19,3
Guarda	18,1	13,3	-26,5	60,8	63,2	1,8	21,2	23,5	10,9
Leiria	19,5	15,0	-23,1	66,1	66,1	1,4	14,4	17,9	24,3
Viseu	21,5	15,6	-27,4	62,3	65,5	3,8	16,2	18,9	16,7

Fonte: INE 2004; ARSC 2005

Gráfico 1 Estrutura etária na Região Centro e Continente em 2001

Fonte: ARSC 2005

A taxa bruta de natalidade é, ao nível da Região Centro, das mais baixas do País com um valor de 9,8‰, só ultrapassada pela da Região do Alentejo onde atinge o valor e 8,7‰. A taxa de fecundidade apresenta idêntico comportamento, sendo de 40,1‰ na Região Centro e de 43,7‰ ao nível do País (INE 2004; DGS 2004).

O índice de dependência dos jovens e dos idosos apresentam, ao nível da Região Centro, variações distintas entre 1991 e 2001. O índice de dependência dos jovens apresenta um crescimento negativo (-22%) enquanto que o índice de dependência dos idosos regista um aumento significativo (+17%). Também o índice de envelhecimento apresenta um forte crescimento (+51%) (quadro 1.7).

Quadro 1.7 – Índices de dependência e envelhecimento na Região Centro e Continente 91/01

		1991		2001		Δ% 91/01	
		Continente	Região	Continente	Região	Continente	Região
Índice de dependência	Jovens	29,6	30,4	23,4	23,5	-21	-22
	Idosos	20,5	24,0	24,5	28,1	+20	+17
Índice de envelhecimento		70	79	104	119,8	+50	+51

Fonte INE 2004; ARSC 2005

A Esperança média de vida à nascença é maior na Região Centro do que no Continente, sendo também maior nas mulheres (81,4) do que nos homens (74,8). (quadro 1.8).

Quadro 1.8 - Esperança média de vida na Região Centro e Continente 2001/02

	Continente			Região Centro		
	HM	H	M	HM	H	M
À nascença	77,1	73,1	80,6	78,0	74,8	81,4
Aos 40 - 44 anos	39,1	36,3	41,8	39,8	37,2	42,4
Aos 65 - 69 anos	17,7	15,8	19,3	17,9	16,2	19,4

Fonte INE 2004; DGS 2005; ARSC 2005

5.3 Indicadores de Saúde

5.3.1 Mortalidade

O saldo fisiológico manteve-se negativo ao longo da década de 1991-2001, apresentando na Região Centro valores preocupantes (-3283).

Contudo, a mortalidade infantil diminuiu durante aquele período, consolidando a tendência decrescente das últimas décadas, e apresenta na Região Centro valores inferiores aos verificados no Continente (3,9‰ e 5,0‰), respectivamente.

A mortalidade neonatal embora tenha, também, diminuído entre 1991 e 2001, passando de 6,1‰ em 1991 para 1,9‰ em 2001, corresponde ainda a mais de 50% do total da mortalidade infantil. A mortalidade perinatal, apesar de ter diminuído significativamente durante a última década, tendo passado de 10,5‰ em 1991 para 5,6‰ em 2001, regista ainda um valor elevado (quadro 1.9).

Quadro 1.9 - Indicadores de Saúde referentes à Região Centro e Continente – 1991-2001 (‰)

ANO	Mortalidade		Natalidade		Mortalidade Infantil		Mortalidade Neonatal		Mortalidade Perinatal	
	Continente	Região	Continente	Região	Continente	Região	Continente	Região	Continente	Região
91	10,5	11,4	11,6	11,0	10,7	9,8	6,9	6,1	12,0	10,5
92	10,3	11,0	11,5	10,9	8,8	8,3	5,9	4,9	10,5	9,4
93	10,7	11,6	11,4	10,7	8,4	8,1	5,5	5,2	10,1	9,5
94	10,6	10,8	10,9	1°3	7,8	7,4	4,7	4,4	9,0	9,0
95	10,4	111,7	10,7	9,9	7,3	6,4	4,7	3,6	8,9	8,0
96	10,8	12,1	11,0	10,4	6,6	5,3	4,2	2,9	8,2	7,5
97	10,5	12,0	11,3	10,4	6,3	5,5	4,1	3,6	7,1	7,4
98	10,3	12,1	11,2	10,1	5,9	4,4	3,7	2,4	6,7	5,6
99	10,8	11,9	11,5	10,3	5,4	4,5	3,6	3,2	6,2	6,5
00	10,3	11,0	11,6	10,5	5,3	4,4	3,4	2,9	6,2	5,7
01	10,2	11,3	10,8	9,8	5,0	3,9	2,9	1,9	5,6	5,6

Fonte: INE 2004 DGS 2005; ARSC 2005

No que respeita às principais causas de morte, pode verificar-se que a Doença Isquémica do Coração, as Doenças Cerebrovasculares e as Neoplasias são as prevalentes na Região Centro. Apesar de se ter verificado um decréscimo acentuado entre 1994 e 2001, apresentam ainda valores muito significativos em 2001, sendo, contudo, menos prevalentes na região do que no continente as mortes por Doença Isquémica do Coração e por Neoplasia (38,7‰ e 145‰, respectivamente).

De notar, também, que as taxas de mortalidade específicas por doenças isquémicas cardíacas bem como por doença cerebrovascular têm vindo a decrescer progressivamente, como mostram os quadros 1.10 e 1.11.

Quadro 1.10 - Mortalidade por doença isquémica do coração padronizada para a idade pela população europeia (Cid 9: 27) (%000)

	94	95	96	97	98	99	00	01
Continente	71,7	70,5	71,6	68,8	69,6	69,5	58,3	58,0
Região Centro	47,2	48,8	49,9	48,7	51,7	45,0	40,0	38,7

Fonte: DGS 2005; ARSC 2005

Quadro 1.11 - Mortalidade por doença cerebrovascular padronizada para a idade pela população europeia (Cid 9: 29) (%000)

	94	95	96	97	98	99	00	01
Continente	191,0	185,4	179,3	168,0	160,8	158,2	132,4	126,9
Região Centro	178,7	179,6	178,0	162,5	158,4	154,0	134,5	127,2

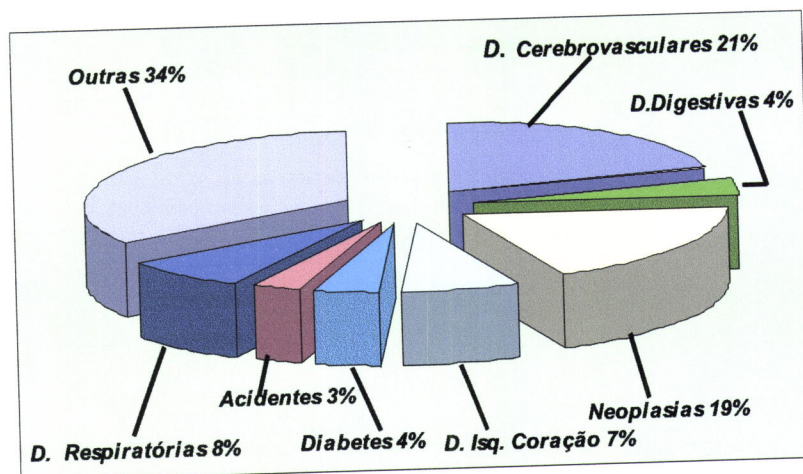
Fonte: DGS 2005; ARSC 2005

Relativamente às neoplasias mais prevalentes como causa de morte, há a referir o incremento na mortalidade por cancro colo-rectal, genito-urinário, da mama e do sistema hematopoiético (Gráfico 2.)

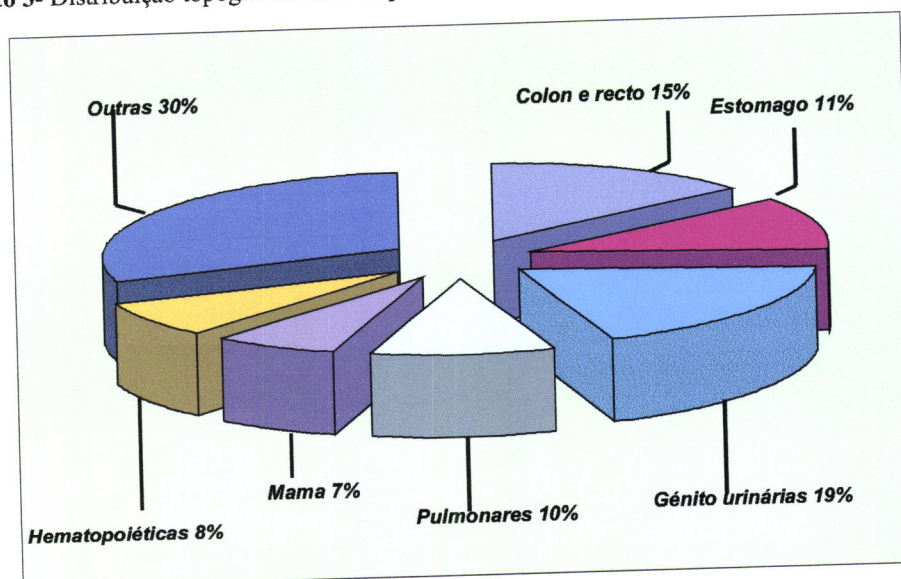
Quadro 1.12 - Mortalidade por neoplasias padronizada para a idade pela população europeia (Cid 9: 0,8-14) (%000)

	94	95	96	97	98	99	00	01
Continente	166,4	169,4	170,4	169,4	169,4	169,3	157,9	160,4
Região Centro	149	151,4	150,2	153,3	154,5	153,7	145,2	145,2

Fonte: INE 2004; DGS 2005; ARSC 2005

Gráfico 2 - Principais causas de morte na Região Centro, 2001

Fonte; INE 2004; ARS 2005

Gráfico 3- Distribuição topográfica das Neoplasias como causa de morte na Região, 2001

Fonte; INE 2004; ARS 2005

A mortalidade padronizada por neoplasia da mama feminina tem mantido valores estabilizados, apesar de um ligeiro acréscimo no número de casos.

Quadro 1.13- Mortalidade por neoplasias da mama feminina padronizada para a idade pela população europeia (Cid 9:113) (%ooo)

	94	95	96	97	98	99	00	01
Continente	24,7	25,2	24,6	24,5	23,9	23,0	22,4	22,9
Região Centro	19,8	20,6	21,4	22,8	21,6	21,7	20,3	20,7

Fonte: DGS 2005; ARSC 2005

Analisando a mortalidade por grupos etários constata-se que, nas taxas relativas ao grupo etário dos 55-64 anos, é muito significativo o acréscimo da mortalidade por Neoplasias, como se pode observar pela leitura do quadro 1.14

Quadro 1.14 - Mortalidade por neoplasias segundo o grupo etário 1999/01 (CID 9: 08-14) (%ooo).

		35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Taxa Padronizada
País	1999	50	139	329	666	1416	169,3
	2001	50	146	314	640	1293	160,4
R. Centro	1999	45	131	306	584	1286	153,7
	2001	45	124	285	579	1172	145,2

Fonte: DGS 2005; ARSC 2005

Aveiro - 148,9
C.Branco - 147,1
Coimbra - **141,5**
Guarda - 155,5
Leiria - 143,0
Viseu - 141,7

Relativamente aos anos de vida perdidos devido a mortalidade precoce verificou-se que, entre 1991 e 1999, tiveram crescimento negativo quando se consideram as causas devidas a doenças cardiovasculares, a doenças do aparelho digestivo e a acidentes e lesões, mas apresentam crescimento positivo considerável quando se consideram as causas devidas a doenças transmissíveis, maternas, perinatais e de nutrição, as doenças respiratórias e as neoplasias (quadro 1.15).

Quadro 1.15 – Anos de vida perdidos devido a mortalidade precoce na Região e Continente 1991/99

	1991				1999				Δ% 91/99	
	Continente N.ºabs.	%	Região N.ºabs.	%	Continente N.º abs.	%	Região N.º abs.	%	Contin.	Região
Todas as causas	870348	100	219179	100	819493	100	196426	100	-5,8	-11,4
D. Transmissíveis, maternas, perinatais e da nutrição	556663	6,4	10526	4,8	82274	10,0	13690	7,0	+47,8	+30,0
D. Não transmissíveis	682204	78,4	173843	79,3	653650	79,8	162377	82,7	-4,2	-6,6
D. não transmissíveis										
Neoplasias	171369	19,7	39077	17,8	182009	22,2	42104	21,4	+6,2	+7,7
Diabetes	20378	2,3	5274	2,4	20619	2,5	5118	2,6	+1,5	-3,0
D cardiovasculares	270916	31,1	69579	31,7	225496	27,5	55941	28,5	-16,5	-19,6
D. ap. Respiratório	29425	3,7	6874	3,1	33206	4,1	8009	4,1	+12,9	+16,5
D. ap. Digestivo	51003	6,3	14301	6,5	38290	4,7	10399	5,3	-23,7	-27,3
Acidentes e Lesões	132481	15,2	34810	15,9	83569	10,2	20359	10,4	-36,9	-41,5

Fonte: ARSC 2005

5.3.2 Morbilidade

Em relação à morbilidade na Região Centro, como dados oficiais podem ser avaliadas as Doenças de Declaração Obrigatória em 2002 (DDO's) que apresentam uma incidência semelhante na Região e no País (52,1‰ e 58,3‰, respectivamente) (quadro 1.16).

De entre as doenças infecto-contagiosas, a tuberculose, a par com a VIH/SIDA (esta ainda não de declaração obrigatória), permanece como uma das doenças mais preocupantes em termos de saúde pública, apesar da sua incidência ter diminuído progressivamente entre 1991 e 2002, tendo tido um decréscimo de cerca de 10% tanto na Região como no País.(32,6‰ em 1991 contra 24,3‰ em 2002).

Quadro 1.16 – Doenças de declaração obrigatória notificadas em 2002 (n.ºs absolutos e incidências)

	Portugal		Região Centro		Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
	N.º	%000	N.º	%000						
Total	6008	58,3	1230	52,1	351	149	262	83	205	190
Tuberculose Respiratória	3150	30,6	474	20,1	184	50	58	23	87	72
Parotidite	298	2,9	85	3,6	26	10	24	2	13	10
Febre Escaro-Nodular	507	4,9	207	8,8	8	39	97	13	27	23
Brucelose	206	2,1	80	3,4	-	12	13	28	7	20
Salmonelose	328	3,2	40	1,7	22	1	2	6	1	8
Hepatite C	205	2,1	34	1,4	12	2	2	-	4	14
Hepatite B	155	1,6	61	2,6	29	1	15	-	13	3
Sífilis	129	1,3	30	1,3	12	1	8	1	8	-
Febre Tifóide	97	0,9	44	1,9	1	12	2	3	10	17
Meningite Meningocócica	216	2,1	50	2,1	23	1	11	3	7	5
Tuberculose Disseminada	119	1,1	13	0,6	6	-	2	2	2	3
Hepatite A	64	0,6	14	0,6	3	-	-	-	4	7
Malária	80	0,8	6	0,3	2	-	3	-	-	1
Infecção Meningocócica	119	1,1	27	1,1	9	2	7	-	8	1
Gonorreia	55	0,5	5	0,2	3	2	-	-	-	-
Tuberculose S. Nervoso	55	0,5	8	0,3	2	1	1	-	3	1
Rubéola	29	0,3	10	0,4	2	3	4	1	-	-
Leptospirose	37	0,4	11	0,5	-	-	4	1	4	2
Legionelose	22	0,2	6	0,3	-	1	2	-	2	1
Sarampo	8	-	3	-	1	-	2	-	-	-
Tétano	11	-	4	-	2	-	1	-	1	-

Fonte DGS 2004; ARSC 2005

A taxa de recidivas é de cerca de 3% ao ano na Região Centro e de 5% no Continente, valores inferiores aos da média da União Europeia. Porém, mantém-se elevada a percentagem de tuberculoses multirresistentes – aproximadamente 2% dos novos casos e 18% dos casos recidivantes – valores estes semelhantes à média mundial para as resistências primária e adquirida (DGS 2004; ARSC 2005).

Quadro 1.17 - Evolução da incidência da Tuberculose na Região Centro e Continente 1991/2002 (%000)

	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002
Continente	46,2	44,5	47,5	48,9	48,8	39,8	43,5	45,4	43,3	41,0	37,8	41,0
Reg. Centro	32,6	31,5	35,2	34,7	35,4	25,4	27,7	33,5	27,2	24,7	21,2	24,3
Aveiro	45,9	42,5	46,2	49,4	52,1	35,3	35,5	42,3	36,7	39,0	31,1	28,1
Cast. Branco	31,2	57,2	48,6	21,9	25,4	51,3	29,7	39,3	29,0	27,9	23,0	25,5
Coimbra	25,9	26,0	29,6	37,9	36,3	22,2	21,5	30,6	23,8	21,1	15,6	17,3
Guarda	39,9	35,9	34,5	37,4	30,6	29,2	26,1	32,9	23,2	24,4	8,5	24,4
Leiria	19,0	16,66	28,57	21,0	23,3	23,7	25,27	30,27	16,3	18,9	13,2	22,5
Viseu	29,7	19,4	23,5	26,8	26,8	15,5	23,3	22,1	27,3	25,5	20,8	27,6

Fonte: DGS 2005; ARSC 2005

A incidência de SIDA, contudo, é menor na Região Centro (51%000) do que no Continente (76,6%000) mas apresenta valores muito significativos quando comparados com os da União Europeia (24,1%000).

Na Região, são as populações dos distritos de Leiria e Coimbra as mais afectadas. Porém, dados recentes têm revelado que nos últimos anos parece haver tendência para uma inversão da situação, apesar de se verifica que a doença afecta sobretudo os grupos etários mais jovens, e que 80% das mortes ocorrem entre os que possuem de 20 a 44 anos (ARSC 2005).

Por categoria de transmissão são os toxicod dependentes e os heterossexuais os grupos com maior incidência (quadro 1.19).

Quadro 1.18.-. Incidência da SIDA na Região, País e EU em 2002 (%ooo).

União Europeia	24,1
Portugal	76,6
Região Centro	51
Aveiro	36
Castelo Branco	43
Coimbra	73
Guarda	33
Leiria	81
Viseu	41

Fonte: ARSC 2005

Quadro 1.19 - Mortalidade acumulada devido a SIDA, por categoria de transmissão

	% de Casos	% de Mortes
Toxicodependentes	55	48
Heterossexuais	29	24
Homossexuais	9	20
Transfusão	0,7	1,8
Mãe/Filho	0,7	0,6

Fonte: ARSC 2005

5.3.3 Acidentes de Viação

Os acidentes de viação, quer pelo seu elevado número, quer pelas consequências sociais e económicas que acarretam, constituem um grave problema de saúde pública, tanto ao nível da Região Centro como a nível Nacional. O número de acidentes com vítimas registado na Região Centro em 2002 é dos mais elevados do país (12348 acidentes), superado apenas pelo número de acidentes com vítimas ocorridos a nível da Região de Lisboa e Vale do Tejo (13961). O número de vítimas mortais em resultado daquele número de acidentes foi, na Região Centro, de 405 e o número de feridos de 16499.

As consequências sociais e económicas daí resultantes são devastadoras, tanto para as vítimas como para as suas famílias, assim como para os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, quer ainda para o sistema de saúde, devido tanto

ao número de vítimas mortais como às incapacidades físicas e neurológicas, temporárias e/ou permanentes daí resultantes.

Quadro 1.20 - Número de acidentes com vítimas em 2002

	N.º de Acidentes com vítimas	Vítimas	
		Mortais	Feridos
Continente	42219	1469	56585
RS Norte	10912	372	15089
RS Centro	12348	405	16499
RS Lisboa e Vale do Tejo	13961	410	18355
RS Alentejo	2077	141	2894
RS Algarve	2921	141	3748

Fonte: DGS 2005

5.4 Estruturas e Equipamentos de Saúde

A oferta de serviços de saúde ao nível da Região de Saúde do Centro é diversificada e distribuída de acordo com a concentração da população. Assim, a rede de cuidados de saúde na Região, tanto ao nível dos cuidados de saúde primários como dos cuidados de saúde hospitalares era, em Novembro de 2003, composta por 109 Centros de Saúde, 715 Extensões de Saúde e 31 hospitais.

Dos 109 Centros de Saúde, 50 possuem serviço de atendimento permanente (SAP) 24 horas por dia e 13 tem internamento, sendo de 172 o número de camas disponíveis em Centros de Saúde na Região.

A rede de cuidados hospitalares é constituída por 31 hospitais, dos quais mais de 60% se encontram sediados nos distritos de Coimbra e Aveiro, com 10 e 9 unidades respectivamente, servindo uma população residente de cerca de 800 000 habitantes, aproximadamente 34% da população total da Região Centro, que em 2002 era de 2 354 552 habitantes (INE 2004). Dos restantes hospitais, 5 pertencem à Sub-Região de Saúde de Leiria, 3 à Sub-Região de Saúde de Viseu; 2 à Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e 2 à Sub-Região de Saúde da Guarda. O número de camas hospitalares

ascende às 6623, das quais cerca de 60% se encontram distribuídas pelos hospitais de Coimbra e Aveiro.

Quadro 1.21 - Rede de Cuidados de Saúde da Região de Saúde do Centro

Rede de cuidados de saúde da Região de Saúde do Centro	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	Região Centro
Centros de Saúde	19	11	22	17	14	26	109
Extensões de Saúde	139	132	164	85	121	74	715
Centros Saúde c/SAP 24H	5	3	13	11	4	14	50
Centros Saúde c/Internamento	2	1	4	5	0	1	13
Nº. camas Centros Saúde	35	16	40	64	0	15	172
Hospitais	9	2	10	2	5	3	31
Nº. camas hospitalares	1367	697	2599	399	843	902	6623

Fonte: INE 2004; ARSC 2005

De referir, ainda, que dos 10 Hospitais sediados na Região de Coimbra, fazem parte: 2 Maternidades, 2 Hospitais Gerais Centrais (incluindo um Hospital Universitário), 1 Hospital Especializado em doenças oncológicas, 4 unidades hospitalares especializadas em saúde mental (incluindo o Centro Regional de Alcoologia do Centro - Maria Lucília Mercês de Melo) e um Hospital Pediátrico.

Quadro 1.22 - Estabelecimentos de Saúde Mental – Região de Saúde do Centro 2002

Hospitais Psiquiátricos

Hospital Psiquiátrico do Lorvão
Hospital Psiquiátrico Sobral Cid

Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental

Hospital Distrital Infante D. Pedro (Aveiro)
Hospital Distrital Amato Lusitano (Castelo Branco)
Centro Hospitalar Cova da Beira (Covilhã)
Hospital Distrital Sousa Martins (Guarda)
Hospital Distrital Santo André (Leiria)

Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Infantil e Juvenil

Hospital Pediátrico de Coimbra (CHC)

Centros Psiquiátricos de Recuperação

Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes (Soure)
Centro Regional de Alcoologia do Centro

Centros de Atendi. a Toxicodep. (CAT)

Aveiro
Castelo Branco

Coimbra

Guarda

Leiria

Viseu

Unidades de Desabituação

Unidade de Desabituação de Coimbra

Comunidades Terapêuticas

Comunidade Terapêutica de Coimbra

Fonte: DGS 2005

Quadro 1.23 - Rede de Cuidados de Saúde na Região Centro

Sub-Região de Saúde de	Hospitais:	Centros de Saúde:	Ext.CS	População	
Aveiro	Hospital Distrital, Águeda**	Centro de Saúde de Águeda	14	56.957	
	Hospital Distrital, S. João Madeira**	Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha	7	27.400	
	Hospital Distrital, Oliveira Azeméis**	Centro de Saúde de Anadia	10	31.496	
	Hospital Infante D. Pedro, Aveiro**	Centro de Saúde de Arouca	4	25.669	
	Hospital José Luciano Castro, Anadia*	Centro de Saúde de Aveiro	12	79.800	
	Hospital Dr. Francisco Zagalo, Ovar*	Centro de Saúde de Castelo de Paiva	2	18.925	
	Hospital Nossa Sra. Ajuda, Espinho*	Centro de Saúde de Espinho	4	42.411	
	Hospital S. Sebastião, Sta. Maria da Feira**	Centro de Saúde de Estarreja	6	28.074	
	Hospital Visconde Salreu, Estarreja*	Centro de Saúde de Ilhavo	4	37.209	
		Centro de Saúde da Mealhada	6	21.027	
		Centro de Saúde de Murtosa	2	11.859	
		Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis	13	70.735	
		Centro de Saúde de Oliveira do Bairro	5	23.316	
		Centro de Saúde de Ovar	7	55.198	
		Centro de Saúde de S. João da Madeira	0	29.397	
		Centro de Saúde de Santa Maria da Feira	24	137.322	
		Centro de Saúde de Sever do Vouga	8	14.756	
		Centro de Saúde de Vagos	8	23.000	
		Centro de Saúde de Vale de Cambra	3	27.749	
		Sub-total 1	139	762.300	
	Castelo Branco	C. Hospitalar Cova da Beira, Covilhã**	Centro de Saúde de Belmonte	7	7.592
		H. Amato Lusitano, Castelo Branco**	Centro de Saúde de Castelo Branco	18	55.909
			Centro de Saúde da Covilhã	25	54.505
		Centro de Saúde do Fundão	23	31.482	
		Centro de Saúde de Idanha-a-Nova	20	11.659	
		Centro de Saúde de Oleiros	8	6.677	
		Centro de Saúde de Penamacor	7	6.658	
		Centro de Saúde de Proença-a-Nova	6	9.610	
		Centro de Saúde da Sertã	12	16.720	
		Centro de Saúde de Vila de Rei	3	3.354	
		Centro de Saúde de Vila-Velha-de-Ródão	3	4.098	
		Sub-total 2	132	208.264	
Coimbra		Centro Psiquiátrico de Amegre****	Centro de Saúde de Arganil	19	15.969
		Centro Regional Alcoologia Centro****	Centro de Saúde de Cantanhede	11	37.910
		Hospital Arcebispo João Crisóstomo*	Centro de Saúde de Celas	2	43.565
	H. Colónia Portuguesa Brasil (CHC)**	Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova	4	15.340	
	Hospital Distrital Figueira da Foz**	Centro de Saúde de Eiras	5	14.065	
	Hospital Pediátrico de Coimbra (CHC)****	Centro de Saúde de Fernão de Magalhães	8	27.823	
	Hospital Psiquiátrico do Lorvão****	Centro de Saúde de Figueira da Foz	18	62.601	
	Hospital Sobral Cid****	Centro de Saúde de Góis	8	4.861	
	Hospitais Universidade Coimbra (HUC)***	Centro de Saúde de Lousã	4	15.753	
	Instituto Port. Oncologia Centro****	Centro de Saúde de Miranda do Corvo	5	13.069	
	Maternidade Bissaya Barreto (CHC)****	Centro de Saúde de Mira	5	12.872	
		Centro de Saúde de Montemor-o-Velho	12	25.478	
		Centro de Saúde de Norton de Matos	2	28.844	
		Centro de Saúde de Oliveira do Hospital	12	22.112	
		Centro de Saúde de Pampilhosa da Serra	10	5.220	
		Centro de Saúde de Penacova	5	16.725	
		Centro de Saúde de Penela	3	6.594	
		Centro de Saúde de Sta. Clara	5	20.433	
		Centro de Saúde de S. Martinho	1		
		Centro de Saúde de Soure	12	20.940	
	Centro de Saúde de Tábua	10	12.602		
	Centro de Saúde de Vila Nova de Poiares	3	7.061		
	Sub-total 3	164	429.295		

Fonte: Autores vários

*Hospital Distrital nível 1

**Hospital Distrital

***Hospital Central Geral

****Hospital Central Especializado

CHC – Centro Hospitalar de Coimbra – Integra: Hospital geral da Colónia Portuguesa do Brasil; Hospital Pediátrico de Coimbra; Maternidade Bissaya Barreto

HUC – Hospitais Universidade Coimbra – Integram: Hospital Universitário e Maternidade Dr. Daniel de Matos

Quadro 1.24 . Rede de Cuidados de Saúde na Região Centro

Sub-Região de Saúde	Hospitais:	Centros de Saúde:	Ext.CS	População		
Sub-Região de Saúde da Guarda	Hospital de Nossa Sra. da Assunção** Hospital Sousa Martins*	Centro de Saúde de Aguiar da Beira	1	6.247		
		Centro de Saúde de Almeida	3	8.423		
		Centro de Saúde de Celorico da Beira	1	8.875		
		Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo	5	7.158		
		Centro de Saúde de Fornos de Algodres	0	5.629		
		Centro de Saúde de Gouveia	10	16.122		
		Centro de Saúde da Guarda	16	44.084		
		Centro de Saúde de Manteigas	2	3.833		
		Centro de Saúde da Meda	0	6.239		
		Centro de Saúde de Pinhel	5	10.954		
		Centro de Saúde do Sabugal	13	14.871		
		Centro de Saúde de Seia	19	28.145		
		Centro de Saúde de Trancoso	5	10.889		
		Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa	5	8.494		
		Sub-total 4	85	180.143		
		Sub-Região de Saúde de Leiria	Centro Hospitalar das Caldas da Rainha* Hospital Bernardino Lopes de Oliveira** Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo** Hospital Santo André* Hospital Distrital de Pombal*	Centro de Saúde de Alcobaça	13	56.794
				Centro de Saúde de Alvaiázere	5	8.438
				Centro de Saúde de Ansião	4	13.719
				Centro de Saúde da Batalha	3	15.002
				Centro de Saúde do Bombarral	1	13.324
Centro de Saúde de Caldas da Rainha	14			48.846		
Centro de Saúde de Castanheira de Pêra	0			3.733		
Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos	5			7.352		
Centro de Saúde de Leiria – Arnaldo Sampaio	19			63.576		
Centro de Saúde de Leiria – Gorjão Henriques	13			56.272		
Centro de Saúde da Marinha Grande	3			34.153		
Centro de Saúde da Nazaré	3			15.060		
Centro de Saúde de Óbidos	5			10.875		
Centro de Saúde de Pedrógão Grande	2			4.398		
Centro de Saúde de Peniche	3			27.315		
Centro de Saúde de Pombal	17			56.299		
Centro de Saúde de Porto de Mós	11			24.271		
Sub-total 5	121			459.427		
Sub-Região de Saúde de Viseu	Hospital Cândido de Figueiredo** Hospital Distrital de Lamego* Hospital S. Teotónio, Viseu*			Centro de Saúde de Armamar	1	7.642
				Centro de Saúde de Carregal do Sal	2	11.156
		Centro de Saúde de Castro Daire	2	19.290		
		Centro de Saúde de Cinfães	6	23.784		
		Centro de Saúde de Lamego	8	30.340		
		Centro de Saúde de Mangualde	3	23.375		
		Centro de Saúde de Moimenta da Beira	3	12.691		
		Centro de Saúde de Mortágua	2	11.522		
		Centro de Saúde de Nelas	3	15.652		
		Centro de Saúde de Oliveira de Frades	3	10.796		
		Centro de Saúde de Penalva do Castelo	0	9.375		
		Centro de Saúde de Penedono	0	3.509		
		Centro de Saúde de Resende	2	13.502		
		Centro de Saúde de Santa Comba Dão	5	13.758		
		Centro de Saúde de São João da Pesqueira	2	9.367		
		Centro de Saúde de São Pedro do Sul	5	19.859		
		Centro de Saúde de Sátão	5	14.963		
		Centro de Saúde de Sernancelhe	1	6.243		
		Centro de Saúde de Tabuaço	0	7.100		
		Centro de Saúde de Tarouca	0	11.202		
		Centro de Saúde de Tondela	12	32.575		
		Centro de Saúde de Vila Nova de Paiva	-	-		
		Centro de Saúde de Viseu I	2	52.866		
		Centro de Saúde de Viseu II	1	25.396		
		Centro de Saúde de Viseu III	2	31.466		
		Centro de Saúde de Vouzela	4	12.307		
Sub-total 6	74	429.600				
TOTAL (1+2+3+4+5+6)	715	2.469.029				

*Hospital Distrital Geral

**Hospital Distrital nível 1

Fonte: Autores vários

A distribuição assimétrica das estruturas e equipamentos de saúde tem como consequência imediata a concentração das especialidades médicas, de enfermagem e de tecnologias da saúde na Região de Coimbra e Aveiro, contribuindo deste modo para a existência de iniquidades no acesso a cuidados de saúde especializados e aos meios complementares de diagnóstico às populações mais afastadas, quando deles necessitam.

Os cuidados de saúde primários são prestados essencialmente nos centros de saúde e extensões de saúde, por equipas multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, administrativos, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros técnicos de saúde.

Também ao nível dos cuidados de saúde primários existem algumas diferenças quer na localização, quer na organização, quer no horário de atendimento entre a sede dos centros de saúde e as extensões de saúde que conferem aos primeiros uma melhor qualidade nos serviços de saúde em geral.

O centro de saúde, enquanto unidade funcional que coordena e superintende, é um conjunto de que faz parte a extensão de centro de saúde. Os centros de saúde localizam-se nos lugares de maior acessibilidade geral, ou seja, nas sedes de concelho ou nos centros urbanos. Têm uma oferta mais diversificada, ao nível dos cuidados de saúde primária. As extensões, que se localizam com maior proximidade da clientela potencialmente utilizadora têm, na maior parte dos casos, uma estreita ligação com o espaço rural (Santana 1993).

No trabalho de campo realizado, foi-me possível constatar que, na maioria dos casos, as extensões de saúde se encontram magistralmente colocadas junto dos espaços de culto (religioso ou pagão). Na mais perfeita harmonia, a extensão de saúde partilha o mesmo espaço com a igreja matriz, a praça ou o jardim público e a “botica”, permitindo, deste modo, a quem procura a cura para as “mazelas do corpo” possa encontrar, também, o necessário conforto para os “males da alma”.

5.5 Actividade Desenvolvida pelos Centros de Saúde

O número de consultas por valência e de atendimentos urgentes nos SAP, realizadas pelos 109 Centros de Saúde e pelas mais de 700 extensões de saúde da Região Centro, durante o ano de 2002, foi de 7 663 300, sendo 6 417 600 consultas de Saúde do Adulto (com idade superior a 18 anos); 105 700 consultas de Saúde Materna;

833 800 consultas de Saúde Infantil e Juvenil; 218 000 consultas de Planeamento Familiar; 59 200 consultas de Especialidades; 28 900 domicílios e 1 759 900 urgências

Quadro 1.25 . N.º de consultas por valência e de atendimentos urgentes nos SAP (1000)

RS e Sub-Regiões de Saúde Centro	Consultas por valência							SAP
	Total	Adultos	Saúde Materna	Saúde Infantil e Juvenil	Planeamento Familiar	Especialidade	Domicílio	URG
R S CENTRO	7663,3	6417,6	105,7	833,8	218,0	59,2	28,9	1759,9
Aveiro	2325,5	1902,2	38,3	275,3	73,2	29,5	7,0	423,5
Castelo Branco	617,6	543,8	8,2	48,9	15,3	0,7	0,7	99,6
Coimbra	1507,9	1251,4	14,5	161,0	53,1	16,2	11,7	343,6
Guarda	523,3	448,4	8,2	51,7	13,5	0,1	1,4	171,6
Leiria	1507,7	1290,4	15,5	157,6	32,2	7,9	4,1	288,1
Viseu	1181,1	981,1	21,0	139,3	30,8	4,9	4,0	433,5

Fonte: DGS/DSIA 2005; INE 2004

5.6 Actividade Desenvolvida pelos Hospitais

Hospitais Centrais Gerais

Durante o ano de 2002, a lotação praticada pelos dois Hospitais Centrais Gerais foi de 2166 camas, (34,4% mais baixa do que a praticada pelos Hospitais Distritais 53,3%), sendo a lotação praticada pelos Hospitais da Universidade de Coimbra de 1525 e a do Centro Hospitalar de Coimbra (Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil, Hospital Pediátrico e Maternidade Bissaya Barreto) de 641 camas. Estes dados não incluem a Saúde Mental. O número de doentes saídos foi de 74.480 a que correspondem 643.583 dias de internamento.

O número de consultas realizadas durante o ano de 2002 foi de 555 049 e o número de urgências atendidas de 273 716. Como indicadores de utilização podem referir-se, por exemplo, o número de doentes saído por cama, que no período em análise foi de 34,4, a demora média que foi de 8,6 dias e a taxa de ocupação que foi de 81,4%, valor ligeiramente superior à praticada no Continente (78,2%) (DGS 2005).

Quadro 1.26 – Actividade desenvolvida pelos Hospitais 2002

Região de Saúde/Hospitais	Lotação praticada	Doentes saídos	Dias de internamento	Consultas externas	Urgências	Indicadores de utilização		
						DS/S	DM	Tx.O
Hospitais Centrais	2166	744480	643583	555049	273716	34,4	8,6	81,4
Hospitais Distritais	3360	137383	893490	844280	1124944	40,9	6,5	72,9
Hospitais Nível 1	587	19503	143583	132019	466473	33,2	7,4	67,0
Hospitais Especializados	192	5483	49938	97552	-	28,6	9,1	71,3

Fonte: DGS 2005

Hospitais Distritais

A lotação praticada pelos Hospitais Distritais da Região de Saúde do Centro em 2002 foi de 3360 camas. O número de doentes saídos atingiu o valor de 137 383 a que correspondem 893 490 dias de internamento (quadro 1.27).

Quadro 1.27 - Hospitais Distritais: Equipamento e Actividades Desenvolvidas 2002

	Lotação praticada	Doentes saídos	Dias de internamento	Consultas externas	Urgências	Indicadores de utilização		
						DS/S	DM	Tx.O
Região Centro	3360	137383	893490	844280	1124944	40,9	6,5	72,9
Aveiro	1006	46538	254805	333631	353507	46,3	5,5	69,4
Castelo Branco	616	23577	158808	112685	213407	38,3	6,7	70,6
Coimbra	184	6262	39807	67565	78250	34,0	6,4	59,3
Guarda	303	10802	81909	46104	51227	35,7	7,6	74,1
Leiria	532	23692	155555	146 ^o 34	216691	44,5	6,6	80,1
Viseu	719	265512	202606	138261	211862	36,9	7,6	77,2

Fonte: DGS/DSIA 2005

O volume de consultas realizadas ascendeu às 844 280 e o total de urgências atendidas foi de 1 124 944. Considerando agora os indicadores de utilização disponíveis, verifica-se que o número de doentes saídos por cama foi de 40,9, sendo de 6,5 dias a demora média. A taxa de ocupação rondou os 73%.

Hospitais Distritais de Nível 1

A actividade desenvolvida pelos Hospitais de Nível 1 a nível da Região de Saúde do Centro, em 2002, consta do quadro 1.28. A lotação praticada foi de 587 camas; o número de doentes saídos foi de 19 503, a que correspondem 134 583 dias de internamento.

Quadro 1.28 - Hospitais Nível 1: Equipamento e Actividades Desenvolvidas 2002

	Lotação praticada	Doentes saídos	Dias de internamento	Consultas externas	Urgências	Indicadores de utilização		
						DS/S	DM	Tx.O
Região	587	19503	134583	132019	466473	33,2	7,4	67,0
Centro								
Aveiro	230	6661	47136	59969	186378	29,0	7,1	56,1
Coimbra	62	1746	16082	9553	44060	28,2	9,2	71,1
Guarda	60	2452	19388	22134	44500	40,9	7,9	88,5
Leiria	175	7229	47965	35104	154666	41,3	6,6	75,1
Viseu	60	1415	13012	5259	36869	23,6	9,2	59,4

Fonte: DGS 2005

O número de consultas externas realizadas ultrapassou as 132 000 e o número de urgências atendidas chegou às 466 473. O número de doentes saídos por cama foi de 29, a que corresponde uma demora média de 7,4 dias. A taxa de ocupação foi de 67,0 %, inferior à praticada pelos Hospitais Distritais. O valor mais elevado da taxa de ocupação foi praticado ao nível da Sub-Região de Saúde da Guarda, e o mais baixo ao nível da Sub-Região de Saúde de Aveiro.

Estabelecimentos de Saúde Mental

Os dados referente à actividade desenvolvida pelos estabelecimentos de Saúde Mental ao nível da Região de Saúde do Centro incluem a actividade dos Hospitais Psiquiátricos, dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental, do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil, do Centro Psiquiátrico de Recuperação, do Centro Regional de Alcoologia do Centro e dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes, das unidades de desabitação e das Comunidades Terapêuticas. A lotação dos estabelecimentos de psiquiatria inclui as camas destinadas a doentes agudos e crónicos.

Quadro 1.29 – Actividade desenvolvida pelos Estabelecimentos de Saúde Mental 2002

Região Saúde Centro	N.º	Lotação	Internamento		Hospital de Dia		Consultas externas	Urg.	Indicadores de utilização		
			DS	DI	Sessões	Doentes			DS/C	DM	Tx.O
Região Centro	24	935	5329	263597	4814	184	141360	347	5,7	49,5	77,2
Psiquiatria	10	884	4496	248807	4814	184	59663	347	5,1	55,3	77,1
Alcoologia	1	30	497	8580	-	-	12083	-	16,6	17,3	78,4
Toxicodepen.	13	21	336	6210	-	-	69614	-	16,0	18,5	81,0

Fonte: DGS 2005

O número de doentes atendidos nas Consultas externas pelos 24 estabelecimentos de Saúde Mental existentes na Região Centro, no ano de 2002, foi de 1 413 60. As consultas de alcoologia atenderam 12 083 doentes e as de toxicodependência 69 614 utentes.

O número de doentes internados ultrapassou os 263 000, a maioria com internamento em Hospitais Psiquiátricos (248 807).

A demora média foi bastante elevada ao nível da Região (49,5 dias) para o que muito contribuiu o valor da demora média verificada nos Hospitais Psiquiátricos (55,3 dias) reflectindo de algum modo a carência de redes sociais de apoio para utentes e seus familiares, obrigando a internamentos prolongados dos doentes com patologias do foro psiquiátrico.

5.7 Recursos Humanos

O total de efectivos do Serviço Nacional de Saúde era, em 2002, de 120 980. Cerca de 24% desses efectivos (29 349) desempenhavam funções em estabelecimentos de saúde da Região Centro, distribuídos pelos diferentes agrupamentos profissionais do seguinte modo: pessoal dirigente 179; médicos 5 656; técnicos superiores de saúde 309; pessoal de enfermagem 8 791; técnicos de diagnóstico e terapêutica 1 505; pessoal administrativo 3 976; pessoal dos serviços gerais 6 525, outro pessoal 2 390 (DGS 2005). 59% destes profissionais desempenhavam funções em estabelecimentos das Regiões de Saúde de Aveiro e Coimbra, de resto, as regiões mais densamente populacionadas, como havia sido descrito antes (Quadro 1.30).

Quadro 1.30 – Efectivos do Serviço Nacional de Saúde em 2002

	Total	Pessoal Dirigente	Médicos	Tec.Sup. Saúde	Pessoal Enfermagem	T.DT.	Pessoal Administrativo	Pessoal Serviços Gerais	Outro Pessoal
Continente	120980	971	25134	1330	34586	6915	17260	25304	9480
RS Centro	29349	197	5656	309	8791	1505	3976	6525	2390
Aveiro	5851	30	1404	47	1608	253	949	1291	261
Castelo Branco	2876	23	398	33	895	129	508	631	259
Coimbra	11432	78	2208	164	3458	655	1265	2466	1138
Guarda	1854	12	282	14	561	90	276	498	121
Leiria	3823	27	710	24	1163	193	461	846	399
Viseu	3513	19	654	27	1106	185	517	793	212

Fonte: DGS 2005

Quadro 1.31 – Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Primários na Região 2003

Carreira Profissional	Região Centro	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
Médica Clínica Geral	1617	445	148	330	134	299	261
Médica Saúde Pública	122	30	6	32	8	22	24
Médica Hospitalar	15	1	0	5	2	7	0
Técnica Sup. de Saúde	38	5	3	10	8	6	6
Técnica Superior	146	26	18	43	15	18	26
Enfermagem	1741	394	193	383	185	297	289
Téc. Diag. e Terapêutica	243	42	33	53	25	43	47
Outros Técnicos	12	1	0	3	2	2	4
Informática	34	4	11	6	4	4	5
Téc. Profissional	16	3	2	3	1	3	4
Administrativo	2177	553	246	517	175	378	308
Operário	43	10	5	10	4	7	7
Auxiliar	1043	352	135	56	203	25	272
Outros	487	9	4	297	4	166	7
Total	7734	1875	804	1748	770	1277	1260

Fonte: ARSC 2005

Em Novembro de 2003, o total de Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Primários na Região Centro era de 7 734 efectivos (ARSC 2005) (quadro 1.31) e o total de Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Hospitalares, no mesmo ano, era de 19 688 efectivos (quadro 1.32).

Quadro 1.32 – Recursos Humanos em Cuidados de Saúde Hospitalares na Região 2003

Carreira Profissional	Região Centro	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
Médica Clínica Geral	41	21	1	9	0	9	1
Médica Saúde Pública	8	0	0	1	0	0	7
Médica Hospitalar	2437	419	180	1275	79	253	231
Técnica Sup. de Saúde	239	36	27	131	8	19	18
Técnica Superior	248	27	41	134	6	21	19
Enfermagem	7093	1119	684	3174	388	881	847
Téc. Diag. e Terapêutica	1295	214	106	618	67	153	137
Outros Técnicos	29	5	6	12	3	2	1
Informática	72	11	12	33	6	5	5
Téc. Profissional	483	4	16	356	8	68	31
Administrativo	1827	344	232	721	91	214	225
Operário	343	45	53	176	22	23	24
Auxiliar	5311	1007	498	2281	274	655	596
Outros	262	39	7	181	10	16	9
Total	19688	3291	1863	9102	962	2319	2151

Fonte: ARSC 2005

Quadro 1.33 – Médicos por Especialidade em Cuidados de Saúde Hospitalares

Região Saúde Centro	H. Centrais Gerais	H. Centrais Especializados	H. Distritais Gerais	H. Distritais Nível 1	Total
Cardiologia	34	2	48	4	88
Cirurgia Geral	45	11	118	32	206
Dermatovenereologia	11	4	13	-	28
Gastrenterologia	23	5	29	1	58
Ginecologia/Obstetrícia	97	11	118	5	231
Medicina Interna	47	7	138	34	226
Oftalmologia	41	-	51	2	94
Ortopedia	61	-	102	14	177
Otorrinolaringologia	12	3	33	-	48
Pediatria	60	-	103	13	176
Pneumologia	31	2	33	1	67
Psiquiatria	27	34	34	-	95
Urologia	18	5	24	2	49
Outras	433	68	93	44	638
Total	940	152	937	152	2181

Fonte: DGS 2005

As carreiras profissionais com maior número de efectivos eram: Enfermagem com 7 093 lugares, Auxiliar com 5 311 efectivos e Médica Hospitalar com 2 437 elementos, representando 75% do total dos efectivos (quadro 1.33).

Síntese

Com uma área de cerca de 27 470 Km² a Região de Saúde do Centro corresponde a mais de 30% da área total de Portugal, servindo uma população que representa um quarto da população residente no Continente. Os concelhos da Região mais densamente populacionados são os de Coimbra, Ovar e Aveiro, pertencendo as áreas mais desertificadas à Sub-Região de Saúde de Castelo Branco.

Apesar da população residente ter aumentado entre 1991 e 2001, sobretudo à custa dos distritos de Aveiro e Leiria, o saldo fisiológico manteve-se negativo ao longo da década de 1991 - 2001 e a estrutura etária apresenta uma população mais envelhecida do que a média nacional, sendo a taxa bruta de natalidade das mais baixas do país. Como consequência, o índice de dependência dos idosos aumentou assim como o índice de envelhecimento.

Entre as principais causas de morte na Região encontram-se as doenças isquémicas cardíacas, as cerebrovasculares e as neoplasias, doenças relacionadas com os estilos de vida, sendo as neoplasias mais prevalentes as colo-rectais, genito-urinárias, da mama feminina e do sistema hematopoiético. A taxa de mortalidade por neoplasia no grupo etário dos 55 aos 64 anos é muito significativa.

Em relação à morbilidade, as doenças de declaração obrigatória apresentam uma incidência semelhante na região e no país, contudo a tuberculose permanece como uma das doenças mais preocupantes em termos de saúde pública, mantendo-se elevada a taxa de tuberculose multirresistente.

Também o número de acidentes de viação, com vítimas, registado na região é preocupante, sendo dos mais elevados do país.

Ao nível dos recursos existentes, a oferta de serviços de saúde na Região Centro é diversificada e encontra-se distribuída de acordo com a concentração da população, havendo maior oferta de serviços (públicos) ao nível dos grandes centros urbanos e

escassez ao nível das zonas menos densamente povoadas e afastadas das grandes urbes, provocando desequilíbrios na resposta dada às carências da população e iniquidades no acesso a cuidados diferenciados.

Na região, o número de camas hospitalares é superior a 6 600, contudo, mais de 60% encontram-se distribuídas pelos hospitais de Coimbra e Aveiro.

A actividade desenvolvida pelos Centros de Saúde em 2002 ultrapassou 7.660.000 consultas. Ao nível dos Hospitais Centrais, o número de consultas realizadas foi de 555 000 e o número de urgências atendidas foi superior a 273.700. Nos Hospitais Distritais o volume de consultas ultrapassou as 844.000 e o total de urgências atendidas foi superior a 1.124.900. Nos hospitais de nível 1, o volume de consultas externas ultrapassou as 132.000 e as urgências atendidas atingiram o valor de 466 473.

O total de efectivos do Serviço Nacional de Saúde que em 2002 desempenhavam funções em unidades de saúde da Região Centro era de 29 349, sendo 8 791 enfermeiros, 5 656 médicos, 3 976 administrativos, 1 505 técnicos de diagnóstico e terapêutica e 179 pertenciam ao pessoal dirigente. 59% destes profissionais desempenhavam funções nos hospitais de Coimbra e Aveiro.

Em 2003, o total de recursos humanos em cuidados de saúde primários era de 7 734 efectivos, enquanto o total de efectivos em cuidados de saúde hospitalares, no mesmo ano, era de 19 688 efectivos

As desigualdades na distribuição dos recursos poderão determinar o aumento dos desequilíbrios já existentes ao nível local e regional, com degradação progressiva das condições ambientais de existência das populações que enfrentam já o envelhecimento, o empobrecimento e o isolamento geográfico.

**2 – ANÁLISE DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

1 Metodologia

1.1 Introdução

Neste capítulo apresento de forma sistematizada os procedimentos adoptados durante as várias etapas do trabalho, de forma a que este tenha validade e interesse científico. Abordarei alguns dos pressupostos metodológicos assim como as questões relativas ao problema em estudo, à população escolhida, às perguntas de investigação, às hipóteses de investigação, às variáveis e sua operacionalização, ao instrumento de recolha de dados, à recolha e tratamento dos dados.

1.2 Pressupostos

A metodologia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, tanto na selecção de conceitos como na elaboração de hipóteses ou aplicação de técnicas adequadas de colheita de dados (Polit e Hungler 1987). É a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um dado fim ou um resultado desejado (Cervo 1983). Para Carmo (1998) “os métodos constituem de maneira mais ou menos abstracta ou concreta, precisa ou vaga, um plano de trabalho em função de uma determinada finalidade” (Carmo 1998: 175). Os métodos fornecem a informação de que se necessita para fazer uma pesquisa. A metodologia “procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados” (Bell 2002: 191).

1.3 Problemática da pesquisa

A Qualidade dos Serviços de Saúde transformou-se na actualidade num dos assuntos geradores dos mais amplos debates a nível de todos os sectores (político, económico, social) com responsabilidades acrescidas na construção de uma sociedade que se quer cada vez melhor, com mais justiça social e melhor partilha dos recursos, enquanto elementos geradores de maior equidade, melhor acessibilidade, melhor e

“mais saúde para todos”. A qualidade dos serviços de saúde tem também sido posta em causa pelos próprios utilizadores dos serviços de saúde que, ao tornarem-se cada vez mais esclarecidos e exigentes, se consciencializaram dos problemas que afectam a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, sendo esta uma das grandes conquistas da última década.

Ao longo da fundamentação teórica, com base em teorias existentes e alguns trabalhos empíricos anteriormente realizados, procurei alicerçar os meus conhecimentos sobre a problemática da qualidade dos serviços de saúde e a importância das suas dimensões clínica, organizacional e de prestação de cuidados para a construção dessa mesma qualidade.

Foi feita alusão, ao longo da componente teórica, às múltiplas dimensões da qualidade, da dificuldade em a traduzir através de uma simples medida quantitativa e da necessidade de serem utilizados indicadores para a avaliar, sendo para isso muitas vezes utilizados tanto a percepção dos utentes quanto a dos profissionais como indicadores de qualidade.

Com a realização deste trabalho procuro contribuir de alguma forma para o enriquecimento do conhecimento científico nesta área, através da análise das respostas expressas pelos profissionais de saúde de três centros de Saúde da Região de Saúde do Centro, quanto ao modo como estão organizados e são geridos os serviços de saúde nessas instituições.

1.4 Pertinência do estudo

Partindo da definição de investigação como sendo “(...) algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 31), a elaboração de um estudo empírico na área da qualidade organizacional dos serviços de saúde, no âmbito do I Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde: Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, julgo ser de interesse porque:

- Aborda uma das temáticas do plano curricular do mestrado, amplamente debatida, relacionada com as políticas de qualidade e práticas de inovação da

gestão dos serviços de saúde e o modo como cada cidadão pode e deve ter acções de intervenção no sentido da melhoria dessa qualidade, quer pela forma como manifesta o seu agrado ou desagrado, quer pelo modo como sugere as acções de melhoria a implementar, quer ainda pela forma como realiza as acções postas ao serviço da melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

- Foca a problemática da qualidade dos serviços de saúde relacionada com a organização e gestão dos próprios serviços, sendo a sua finalidade analisar o modo como estão organizados os serviços de saúde em três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro, a partir da análise da percepção dos próprios profissionais que aí trabalham e da influência exercida pelas suas características pessoais e profissionais nessa mesma percepção.
- Por fim uma investigação na área da qualidade organizacional dos serviços de saúde encontra a sua justificação no contributo que pode dar para um melhor conhecimento empírico da realidade portuguesa sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Na revisão da literatura encontrei alguns trabalhos sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde. A nível nacional refiro o trabalho realizado pelo Instituto da Qualidade em Saúde sobre a “Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde” (IQS 2005) apesar da metodologia utilizada nesse trabalho ser substancialmente diversa da utilizada neste estudo. A nível internacional refiro o estudo realizado por Arnetz (1999)⁹ sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca do impacte da transformação dos serviços de saúde na qualidade dos cuidados de saúde.

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo descritivo, analítico e correlacional que procura conhecer, descrever e classificar os dados e interpretar os resultados sem qualquer possibilidade de interferir ou modificar a realidade tal como ela se apresenta. Para Hill e Hill (2002) estes estudos encaixam na tipologia de investigação

⁹ O trabalho do autor – “Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care” – foi realizado na região de Estocolmo, Suécia, em 1999, com base numa amostra aleatória de 1400 profissionais de saúde extraída duma população com 22000 profissionais permanentes, incluindo médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde.

aplicada¹⁰ cujo objectivo é descobrir factos novos (dados empíricos) que permitam testar deduções feitas a partir de uma teoria que pode ter aplicações práticas a médio prazo (Hill e Hill 2002).

1.5 Unidade de Análise

Partindo da definição de população como sendo um conjunto de pessoas, factos, acontecimentos ou fenómenos sobre o qual incide a observação do investigador, a população escolhida para este estudo é constituída pelos 155 profissionais de saúde (48 médicos, 54 enfermeiros e 56 administrativos) que desempenhavam funções nos três Centros de Saúde em estudo no período de tempo em que decorreu a recolha de dados.

1.6 Perguntas de investigação

Segundo a perspectiva de Brown e McIntyre (1981), “as questões de uma pesquisa surgem de uma análise dos problemas de quem a pratica em determinada situação, tornando-se então o seu objectivo imediato a compreensão desses problemas” (Bell 2002:21). Para a realização desta investigação foram formuladas as seguintes perguntas de investigação (quadro 2.34):

1. Qual é o perfil da qualidade organizacional dos serviços nos três Centros de Saúde em estudo na perspectiva dos seus profissionais de saúde?
2. Quais são as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam melhores atributos de qualidade? E quais são as que na perspectiva dos profissionais apresentam os piores indicadores de qualidade?
3. Quais os processos utilizados para o desenvolvimento da qualidade nos CS?
4. Será que na perspectiva dos profissionais de saúde o desenvolvimento da qualidade organizacional nos Centros de Saúde trouxe melhorias significativas na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde?

¹⁰ Os outros dois tipos são a investigação pura – onde o objectivo é descobrir factos novos (dados empíricos) para testar deduções feitas a partir de uma teoria apenas de interesse intelectual – e a investigação aplicável – que pretende descobrir factos novos (dados empíricos) que sejam capazes de resolver problemas práticos no curto prazo (Hill e Hill 2002).

1.7 Objectivos

Os objectivos são metas que se pretendem atingir ao longo de um determinado período de tempo, tendo em conta o contexto. Contudo, para serem alcançados exigem acção. A formulação dos objectivos permite orientar e delimitar essa acção de modo a que as metas possam ser alcançadas com o mínimo de desvios e incertezas.

Para a elaboração deste estudo foram definidos os seguintes objectivos gerais e secundários (quadro 2.34):

Objectivos Gerais:

1. Aprofundar o conhecimento sobre a qualidade organizacional nos Centros de Saúde.
2. Caracterizar o perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, na perspectiva dos seus profissionais de saúde.
3. Contribuir para o delineamento e a implementação de políticas e estratégias para a melhoria da qualidade nos Centros de Saúde.

Objectivos secundários:

1. Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.
2. Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.
3. Analisar as diferenças e as similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos Centros de Saúde em estudo.

1.8 Hipóteses de investigação

Uma hipótese é uma previsão hipotética entre duas ou mais variáveis que deve ser testada para determinar a sua validade (Polit e Hungler 1995). Assim, uma hipótese é uma preposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente.

Quadro 2.34 Percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde:
(Perguntas de investigação, Objectivos e Hipóteses de investigação)

Problemática da pesquisa – QUALIDADE		
Como se apresenta nos CS? Qual a sua importância para os cuidadores directos? Como se processa o seu desenvolvimento nos CS? Quais as áreas de qualidade nos CS? Quais os seus efeitos na organização e prestação de cuidados de saúde?		
Perguntas de investigação	Objectivos	Hipóteses
<p>1.- [O que é a qualidade nos CS] - Qual é o perfil da qualidade organizacional dos serviços nos três Centros de Saúde em estudo na perspectiva dos seus profissionais de saúde?</p>	<p>Objectivo Geral: 1.- Aprofundar o conhecimento sobre a qualidade organizacional nos CS. 2.- Caracterizar o perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, na perspectiva dos seus profissionais de saúde. 3.- Contribuir para o delineamento e a implementação de políticas e estratégias para a melhoria da qualidade nos CS.</p>	<p>Hipótese Geral Não existe um perfil homogéneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com a diversidade dos factores sócio-organizacionais, dos interesses profissionais e das políticas de saúde.</p>
<p>2.- [Quais as áreas de qualidade] - Quais são as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam melhores atributos de qualidade? - E, quais são as que na perspectiva dos profissionais apresentam os piores indicadores de qualidade?</p> <p>3.- [Como se dinamiza a qualidade] - Quais os processos utilizados para o desenvolvimento da qualidade nos CS?</p> <p>4.- [Efeitos da qualidade] - Será que na perspectiva dos profissionais de saúde o desenvolvimento da qualidade organizacional nos CS trouxe melhorias significativas na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde?</p>	<p>Objectivos secundários: 1.- Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos CS em estudo. 2.- Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo. 3.- Analisar as diferenças e as similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos CS em estudo.</p>	<p>H1.- Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.</p> <p>H2.- Não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde, apesar de se poder esperar a predominância das políticas e práticas derivadas das orientações hierárquicas ou verticais, nomeadamente oriundas da Região de Saúde do Centro.</p> <p>H3.- É provável que existam no seio dos profissionais de saúde, diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do CS em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais, a situação profissional e a antiguidade na profissão.</p> <p>H4.- É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.</p>

“Pode também ser vista como um guia para o investigador, na medida em que representa e descreve o método a ser seguido no estudo do problema” (Bell, 2002: 35). Nesta perspectiva, o papel fundamental da hipótese na pesquisa é sugerir explicações para os factos os quais poderão ser a solução para o problema. Para o estudo do problema em análise foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação (quadro 2.34):

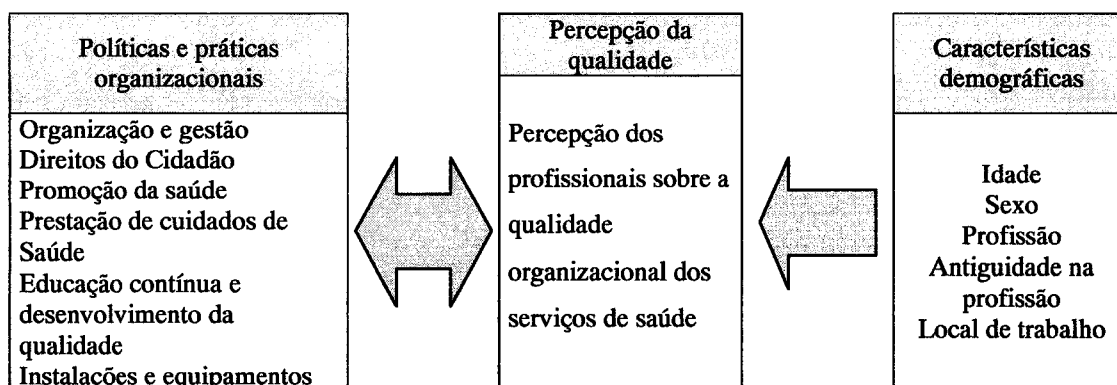
Hipótese Geral

- Não existe um perfil homogéneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionada com a diversidade dos factores sócio-organizacionais, dos interesses profissionais e das políticas de saúde.
- **Hipótese 1.** Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.
- **Hipótese 2.** Não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde, apesar de se poder esperar a predominância das políticas e práticas derivadas das orientações hierárquicas ou verticais, nomeadamente oriundas da Região de Saúde do Centro.
- **Hipótese 3.** É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.
- **Hipótese 4.** É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.

A abordagem da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo decorre assim duma abordagem descritiva, analítica e correlacional

onde a percepção da qualidade organizacional é função das políticas e práticas organizacionais seguidas pelos Centros de Saúde em estudo condicionada pelas características pessoais dos profissionais de saúde de acordo com o seguinte modelo conceptual (fig. 1):

Fig. 5 Modelo conceptual



1.9 Conceptualização das variáveis

A variável é qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos ou ainda caracterizar um determinado fenómeno ou acontecimento (Guimarães e Cabral 1997).

A escolha do tratamento estatístico adequado ao estudo torna necessário identificar as escalas ou níveis das variáveis. Assim, as variáveis utilizadas neste estudo são:

- De natureza qualitativa medidas em escala nominal: o sexo, o estado civil, a profissão, o vínculo à instituição e o local de trabalho.
- De natureza qualitativa e nível ordinal: os itens da escala de percepção da qualidade
- De natureza quantitativa discreta de nível rácio: a idade e a antiguidade na profissão.

Variável dependente

Uma variável dependente pode ser definida como aquela que é afectada ou explicada pela variável independente (Gil 1989), isto é, a variável cujos valores são, em princípio, o resultado de variações nos valores de uma ou mais variáveis independentes e respectivas condições. Neste estudo, as variáveis dependentes são os itens do questionário MoniQuOr.CS, utilizado neste estudo.

Variável independente

A variável independente é aquela cujos efeitos são observados na variável dependente sem haver a necessidade de estarem correlacionadas. Neste estudo as variáveis independentes são os elementos de caracterização do perfil da população (idade, sexo, estado civil, profissão, antiguidade na profissão, vínculo à instituição e local de trabalho).

Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas a incluir neste estudo são:

- **Idade** – Período de vida do indivíduo desde o seu nascimento até à data de aplicação do questionário expresso em anos. Como forma de facilitar a caracterização da população esta variável contínua será categorizada em classes etárias.
- **Sexo** – Traduz a realidade anátomo-fisiológica adquirida no momento da concepção da vida. O género foi definido em masculino e feminino.
- **Estado Civil** – Por estado civil entende-se a condição vivenciada por um ou mais indivíduos perante a sociedade ou o meio que o rodeia e que pode ser consubstanciada pela prática de em comum assumirem uma relação de facto registada ou não perante uma instituição ou organização. O estado civil inclui o estado de solteiro, casado/união de facto, viúvo e divorciado/separado.
- **Profissão** – Entende-se por profissão a actividade desenvolvida ou o ofício praticado, formalmente reconhecidos, donde o indivíduo retira os seus meios de subsistência. As profissões consideradas neste estudo são: médica, de enfermagem e administrativa.

- **Antiguidade na Profissão** – Refere-se ao número de anos completos de exercício de funções na profissão que cada um dos profissionais acumulou até à data da aplicação do inquérito.
- **Vínculo à Instituição** – Entende-se por vínculo a relação jurídica que se estabelece entre o organismo ou serviço e cada um dos profissionais e inclui as seguintes situações: Lugar de quadro, contratado, outro.

1.10 Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados tem importância decisiva na recolha ou reprodução da informação junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na população ou na amostra. A exigência de precisão varia de acordo com a natureza do próprio instrumento. Tratando-se de um guião de entrevista, ainda que estruturado, ele estará sempre sob o domínio do entrevistador. Pelo contrário, um questionário destina-se com frequência à pessoa inquirida que ao lê-lo irá preenchê-lo de acordo com o seu grau de concordância ou opinião suscitadas pelo conteúdo das questões. Por essa razão, é importante que as perguntas sejam claras e precisas, isto é, formuladas de tal forma que todas as pessoas interrogadas as interpretem da mesma maneira (Quivy e Campenhoudt 1998).

Também os limites e problemas impostos pelos instrumentos de recolha de dados diferem, tratando-se de um guião de entrevista ou de um questionário. No primeiro caso, o risco maior a evitar é condicionar as respostas dos entrevistados devida à presença do entrevistador; no segundo caso, a percentagem de não respostas e/ou de respostas não válidas assim como o número de questionários não devolvidos ou devolvidos a destempo pelos inquiridos constituem problemas que podem limitar a realização do estudo.

Para a recolha dos dados indispensáveis à realização deste estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário MoniQuOr.CS – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde – propriedade do Ministério da Saúde - Instituto da Qualidade em Saúde, a quem foi pedida a devida autorização para a sua utilização, na pessoa do seu Director. Criado nos anos de 96 e 97 com os objectivos de criar um conjunto de critérios de qualidade organizacional para utilizar nos centros de

saúde; criar um sistema de avaliação e avaliar o impacto produzido pelo cumprimento dos critérios na melhoria da qualidade dos serviços prestados, o MoniQuOr.CS é constituído por 163 critérios agrupados em seis grandes áreas ou dimensões (Rodrigues et al 1998):

- Organização e Gestão
- Direitos do Cidadão
- Promoção da Saúde
- Prestação de Cuidados de Saúde
- Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade
- Instalações e Equipamentos.

Os critérios constituem variáveis ordinais medidas numa escala de Likert com quatro categorias: 1 = não realizado; 2 = parcialmente realizado; 3 = quase realizado; 4 = totalmente realizado.

Criado com a finalidade de permitir a auto-avaliação, a avaliação cruzada entre centros de saúde e a avaliação externa, o MoniQuOr.CS foi utilizado neste estudo para recolher e analisar a percepção que os profissionais de saúde de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro detêm sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde onde trabalham.

A aplicação do questionário foi precedida da realização de um pré-teste envolvendo uma amostra por conveniência de 9 profissionais de saúde extraída da população envolvida no estudo (2 Médicos, 3 Enfermeiros e 4 Administrativos, representando 6% da população incluída no estudo). A Fiabilidade Interna da Escala foi posteriormente estimada para cada dimensão, por meio do cálculo do coeficiente de *Alpha-Cronbach*.

A fiabilidade de uma escala “significa a precisão da reprodutibilidade das medidas” (Silva 2003: 99). Designa a “precisão e a constância com que os instrumentos de medida fornecem resultados comparáveis em situações comparáveis” (Fortin 1999: 235), permitindo estimar até que ponto cada enunciado da escala mede o mesmo conceito de modo equivalente. Os valores do coeficiente de *Alpha-Cronbach*,

calculados para cada uma das dimensões da escala constam do (quadro 2.35). Perante os valores de α Cronbach encontrados foram apenas introduzidas pequenas alterações no questionário de modo a adequá-lo às características da população e às exigências do estudo contudo, foram mantidas todas as questões iniciais por se considerar que a consistência interna da escala era boa, tendo em conta que valores de α Cronbach acima de 0,70 são reveladores de razoável consistência interna (Hill e Hill 2002; Pestana e Gageiro 2003).

Quadro 2.35 Consistência Interna da Escala de Percepção da Qualidade Organizacional
(Pré-teste)

Dimensões da Escala	Nº. de Itens	α Cronbach
Organização e Gestão	29	0,931
Direitos do Cidadão	13	0,735
Promoção da Saúde	9	0,653
Prestação de Cuidados de Saúde	48	0,862
Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	26	0,915
Instalações e Equipamentos	35	0,917

Fonte: Inquérito

Apenas a dimensão Promoção da Saúde apresenta valor (0,653) inferior a 0,70. O valor apresentado por esta dimensão poderia ser melhorado se fosse suprimida do questionário a questão “O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade”, passando de 0,653 para 0,690. Porém, este item foi mantido no questionário por se considerar ser relevante recolher a percepção dos inquiridos sobre este assunto.

1.11 Recolha de Dados

O questionário MoniQuOr.CS foi distribuído aos 155 profissionais de saúde que constituem a população em estudo. Na distribuição dos questionários foi privilegiado o contacto individual que permitiu criar uma oportunidade de diálogo com os inquiridos, conhecer de perto os diversos locais de trabalho, as instalações e as dinâmicas utilizadas

pelos diferentes grupos profissionais no desempenho das tarefas do dia-a-dia e apresentar as razões de ser do meu trabalho.

A recolha dos questionários foi feita anonimamente, em subscritos, e decorreu de 15 de Maio a 15 de Julho de 2005. Dos 155 questionários distribuídos foram recolhidos 118. Destes, 3 (1,9% do total) foram considerados inválidos por não estarem correctamente preenchidos e 115 foram considerados válidos, correspondendo a 74,2% da totalidade da população inquirida.

1.12 Métodos e técnicas

Na sequência do que atrás ficou dito, as variáveis dependentes neste estudo são medidas numa escala ordinal categórica, pelo que os métodos de análise escolhidos levaram em conta a sua natureza ordinal.

Para explicar o comportamento das variáveis, tendo em conta as perguntas de investigação, os objectivos do estudo e as hipóteses formuladas, foi aplicado aos dados provenientes dos três centros de saúde um conjunto de ensaios empíricos divididos em duas vertentes.

Na primeira foram utilizados métodos descritivos que incluem a análise univariada dos dados com recurso à descrição estatística da distribuição de frequências, das medidas de tendência central (média, mediana e moda), e da medida de dispersão (desvio padrão) e ainda a Análise de Componentes Principais (ACP) para a extracção de factores organizacionais e profissionais, uma das técnicas de análise incluída no conjunto de técnicas estatísticas designadas por Análise Factorial e que inclui também as técnicas da Máxima Verosimilhança, “Principal Axis Factoring”, “Unweighted Least Squares”, “Alpha Factoring”, “Generalised Least Squares” e “Image Factoring” (Hill e Hill 2002; Pestana e Gageiro 2003; Silva 2003; Reis 2001).

O objectivo prosseguido com a análise de componentes principais é explorar a relação existente entre as variáveis manifestas ou observáveis com o propósito de determinar a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados designadas por factores ou variáveis latentes que expressam o que existe de comum nas variáveis manifestas.

A análise de componentes principais, assume que tanto as covariâncias como as correlações entre as variáveis manifestas são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes, não directamente medidas (os factores comuns, ou componentes principais).

Assim, o número de factores a extrair é sempre inferior ao número de variáveis originais. É um procedimento estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, num outro conjunto, com menor número de variáveis não correlacionadas, designadas por componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados.

Os coeficientes (*loadings* ou pesos) definem cada uma das novas variáveis, sendo escolhidos de modo a que as variáveis derivadas (componentes principais ou factores) expliquem a máxima variação nos dados originais e não estejam correlacionados entre si.

Na segunda, foram utilizados testes não paramétricos para o estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde – em concreto o teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, para as variáveis de caracterização sexo e local de trabalho, e análise de variância de *Kruskal-Wallis* para as variáveis de caracterização: grupo etário, profissão e antiguidade na profissão. Estes testes, comparam o centro de localização dos grupos, permitindo verificar a existência de igualdades ou de diferenças nas respostas expressas pelos grupos de inquiridos de acordo com as variáveis de caracterização da população em estudo (Pestana e Gageiro 2003).

Para o estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo, procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*.

2 Tratamento e Análise de Dados

2.1 Caracterização da População

A população incluída neste estudo é constituída pelos 155 profissionais de saúde (48 médicos 54 enfermeiros e 56 administrativos) que trabalhavam nos três centros de saúde em análise à altura da recolha dos dados. Destes, 37 (23,87%) não responderam; 3 (1,9%) foram considerados inválidos e 115 (74,2%) responderam ao inquérito e foram considerados válidos. Cada profissional respondeu a um questionário com 163 questões repartidas por seis dimensões, sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde e a sete perguntas sobre dados pessoais.

Para o estudo exploratório das variáveis contidas no questionário referentes aos dados sociodemográficos dos respondentes: idade, sexo, estado civil, profissão, antiguidade na profissão, vínculo à instituição e local de trabalho optei pela representação tabular, por ser aquela que melhor informa sobre os dados em análise.

2.1.1 Caracterização Socio-Demográfica

Idade

A idade é uma variável escalar pelo que as estatísticas escolhidas para o seu estudo foram as medidas de tendência central: média, mediana e moda, o desvio padrão como medida de dispersão e os coeficientes de assimetria e achatamento como medidas indicativas do grau de normalidade da distribuição.

Quadro 2.36 Distribuição dos respondentes por idade

Idade	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Coef. de assimetria	Coef. de achatamento
	115	45,62 anos	48,00 anos	8,675 anos	- 1,080	-1,745

Fonte: Inquérito

A observação do quadro 2.36 mostra que a idade média dos profissionais de saúde dos centros de saúde em estudo é de 45,62 anos e que 50% dos inquiridos têm até 48 anos de idade (mediana 48), variando de um mínimo de 28 anos a um máximo de 68 anos. O desvio padrão é de 8,675 anos, denotando alguma dispersão dos dados e os

valores dos coeficientes de assimetria ($-1,96 < -1,080 > 1,96$) e de achatamento ($-1,96 < -1,745 < 1,96$) mostram tratar-se de uma distribuição não normal com assimetria negativa.

Posteriormente, esta variável foi categorizada em quatro grupos etários como mostra o quadro 2.37. A análise dos resultados mostra que o grupo que detém maior percentagem de inquiridos é o grupo dos 45 aos 54 anos (grupo modal) com 47,0% dos inquiridos.

Quadro 2.37 Distribuição dos respondentes por grupo etário

Grupos etários	N	%
ap34 ou menos	19	16,5
ap35 – 44 anos	26	22,6
ap45 – 54 anos	54	47,0
ap55 ou + anos	16	13,9
Total	115	100%

Fonte: Inquérito

Trata-se de uma população onde a percentagem de indivíduos com idades inferiores a 45 anos (39,1%) é menor do que a percentagem de indivíduos com idades iguais ou superiores a 45 anos (60,9%), denotando tratar-se de uma população com algum grau de maturidade.

Sexo

A variável sexo é uma variável nominal dicotómica que assume os valores: 1 masculino e 2 feminino.

Quadro 2.38 Distribuição dos respondentes por sexo

Sexo	N	%
Masculino	30	26,1
Feminino	85	73,9
Total	115	100

Fonte: Inquérito

A observação do quadro 2.38 mostra que dos 115 inquiridos 30 (26,1%) são do sexo masculino e 85 (73,9%) do sexo feminino. A proporção é de 6:17. Estes valores estão de acordo com algumas teorias que defendem que as profissões de saúde se

caracterizam por possuírem maior número de profissionais do sexo feminino como é o caso das profissões médicas e de enfermagem.

Estado Civil

A variável estado civil é uma variável nominal com quatro categorias: 1 solteiro, 2 casado/união de facto, 3 viúvo e 4 divorciado/separado. A análise do quadro 2.39 permite concluir que a maioria dos respondentes estão incluídos na categoria 2 casado/união de facto com 80% dos casos.

Quadro 2.39 Distribuição dos respondentes por estado civil

Estado Civil	N	%
Solteiro	7	6,1
Casado/união de facto	92	80,0
Viúvo	4	3,5
Divorciado/separado	12	10,4
Total	115	100

Fonte: Inquérito

Profissão

A profissão é uma variável nominal com três categorias: 1 médico, 2 enfermeiro e 3 administrativo. A observação do quadro 2.40 mostra que 32,2% dos respondentes são médicos, 33,0% enfermeiros e 34,8% administrativos, verificando-se proporcionalidade entre os três grupos profissionais.

Quadro 2.40 Distribuição dos respondentes por profissão

Profissão	N	%
Médicos	37	32,2
Enfermeiros	38	33,0
Administrativos	40	34,8
Total	115	100

Fonte: Inquérito

Antiguidade na Profissão

A variável antiguidade na profissão é uma variável escalar. Para a análise da distribuição dos respondentes segundo a antiguidade na profissão esta variável foi categorizada em 4 grupos: 1 i9 ou menos; 2 i10 a 19 anos; 3 i20 a 29 anos; 4 i30 ou + anos.

A análise do quadro 2.40 permite observar que o grupo que detém a frequência mais elevada é o grupo i20 a 29 anos (grupo modal) com 40% dos inquiridos. Verifica-se ainda que 60% dos profissionais inquiridos têm 20 ou mais anos de experiência profissional na área onde exercem a sua actividade, factor que poderá contribuir para a maturidade das equipas de trabalho.

Quadro 2.41 Distribuição dos respondentes por antiguidade na profissão

Antiguidade na Profissão	N	%
i9 ou menos	24	20,9
i10 a 19 anos	22	19,1
i20 a 29 anos	46	40,0
i30 ou + anos	23	20,0
Total	115	100

Fonte: Inquérito

Vínculo à Instituição

A variável vínculo à instituição informa sobre a relação jurídica que cada profissional estabeleceu com o Centro de Saúde para o seu exercício profissional. É uma variável nominal com três categorias: 1 lugar de quadro, 2 contratado, 3 outro.

Quadro 2.42 Distribuição dos respondentes por vínculo à instituição

Vínculo à Instituição	N	%
Lugar de Quadro	107	93,0
Contratado	6	5,2
Outro	2	1,7
Total	115	100

Fonte: Inquérito

Os dados do quadro 2.42 revelam que dos 115 profissionais inquiridos 107 (93%) têm vínculo jurídico definitivo com a instituição onde trabalham e 7% têm vínculo precário, o que por certo não deixará de ser relevante para a estabilidade das equipas de trabalho em termos de *turnover*, podendo, contudo, contribuir para algum grau de acomodação perante novos desafios.

Local de Trabalho

A variável local de trabalho surge neste estudo por se ter considerado de interesse analisar o comportamento dos dois grupos constituídos pelos profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e nas Extensões de Saúde.

É uma variável nominal dicotómica que assume os seguintes valores: 1 centro de saúde e 2 extensão de saúde.

Quadro 2.43 Distribuição dos respondentes por local de trabalho

Local de trabalho	N	%
Centro de Saúde	64	55,7
Extensão de saúde	51	44,3
Total	115	100

Fonte: Inquérito

A análise do quadro 2.43 permite verificar que dos 115 profissionais inquiridos 64 (55,7%) desempenham funções no Centro de Saúde (sede), enquanto 51 (44,3%) exercem a sua profissão em Extensões de Saúde. De referir que no período em que decorreu a recolha de dados o número de extensões de saúde correspondentes aos três centros de saúde era de 24.

Síntese

De acordo com as informações fornecidas pela análise descritiva das características do perfil da população (quadros 2.36 a 2.43) pode concluir-se que se trata de uma população cujo perfil é definido por uma média de idades de 45,62 anos, detendo 50% da população até 48 anos de idade, tendo 60,9% dos respondentes idade igual ou superior a 45 anos.

A maioria dos profissionais são do sexo feminino (73,9%), prevalecendo na população o estado civil de casado/união de facto (80%). A proporção de profissionais é equivalente nas três profissões (32,2% médicos; 33% enfermeiros e 34,8% administrativos), detendo a maioria (60%) uma experiência profissional igual ou superior a 20 anos que lhe advém da antiguidade na profissão.

A maior percentagem dos profissionais (93%) mantém com a instituição onde trabalha uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar do quadro e estão proporcionalmente distribuídos pelos centros de saúde (55%) e pelas extensões de saúde (44,3%).

2.2 Exploração dos dados da escala de percepção da qualidade organizacional

Para a exploração dos dados da escala de percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde procedeu-se à inferência da normalidade das distribuições, recorrendo para tal ao cálculo dos testes de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* ($N > 50$) e *Shapiro-Wilk* ($N < 50$), assumindo-se como hipótese nula que todas as distribuições são normais, ao nível de significância de 5%.

Os resultados dos testes mostram que a maioria das distribuições não cumpre o pressuposto de normalidade, apresentando valores de significância inferiores ao valor de significância do investigador ($p < \alpha = 0,05$), o que levou à rejeição da hipótese nula.

Procedeu-se também à inferência da homogeneidade de variância das distribuições, recorrendo para isso ao cálculo do teste de *Levene*, assumindo como hipótese nula que todas as distribuições possuem homogeneidade de variância, ao nível de significância de 5%. Porém, a análise dos resultados mostrou que algumas distribuições não apresentam homogeneidade de variância ($p < 0,05$), levando à rejeição da hipótese nula.

Procedeu-se ainda à verificação da existência de valores aberrantes com recurso às estatísticas descritivas e ao gráfico *Box plot*, tendo-se verificado que algumas distribuições possuem *outliers* moderados e outras apresentam *outliers* severos mas que não provocam alterações significativas nos resultados.

Em virtude dos resultados encontrados optou-se pela utilização dos testes não paramétricos atrás referidos assim como pela análise de componentes principais. Para a escolha desta técnica estatística foram levados em conta os pressupostos feitos pela análise factorial de componentes principais, nomeadamente a não exigência da multinormalidade das variáveis iniciais. Assim, o método de extracção dos factores usado foi o de componentes principais. O passo seguinte foi verificar se havia correlação entre as variáveis de cada dimensão da escala e a qualidade dessa correlação, utilizando o método de *Kaiser* e o teste de esfericidade de *Bartlett*. Para o teste de *Bartlett* foi assumida como hipótese nula que a matriz de correlações de cada dimensão era a matriz identidade na população, com determinante igual à unidade, ao nível de significância de 5%. O critério de rotação escolhido foi o de *Varimax* (rotação ortogonal dos factores).

Quadro 2.44 Medida de adequação de *Kaiser-Meyer-Olkin* e teste de esfericidade de *Bartlett*

Dimensões	Organiz. e gestão	Direitos do cidadão	Promoção da Saúde	Prestação cuidados saúde	Formação contínua desenvolv qualidade	Instalações e equipamentos
Medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin KMO	0,837	0,874	0,858	0,734	0,859	0,755
Teste de Bartlett	1364,585	622,505	461,248	3215,485	1960,673	2542,341
Qui-quadrado Aprox. gl Sig	253 0,000	66 0,000	36 0,000	1128 0,000	325 0,000	666 0,000

Fonte: Inquérito

O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy* (KMO de 0,8-0,9) indica que há um bom índice de adequação da matriz de correlação R para o cálculo da análise factorial de componentes principais nas dimensões organização e gestão, direitos do cidadão, promoção da saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade e uma adequação média (KMO de 0,7-0,8) nas dimensões prestação de cuidados de saúde e instalações e equipamentos (Pestana e Gageiro 2003).

O teste de esfericidade de *Bartlett* tem associado um nível de significância ($p = 0,000 < \alpha = 0,05$), em todas as dimensões, que permite rejeitar a hipótese da matriz de correlações ser a matriz identidade com determinante igual à unidade, mostrando assim que existe correlação entre algumas variáveis, dentro de cada dimensão, apresentando a matriz de correlação R de *Pearson* um bom índice de adequação ao cálculo da análise de componentes principais, o que permitiu prosseguir com a análise factorial (quadro 2.44).

Das 163 variáveis iniciais permanecem em estudo 155 distribuídas de modo diverso pelas seis dimensões da escala de percepção da qualidade: Organização e Gestão 23 itens; Direitos do Cidadão 12 itens; Promoção da Saúde 9 itens; Prestação de Cuidados de saúde 48 itens; Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade 26 itens; Instalações e Equipamentos 37 itens, por se ter procedido à eliminação das variáveis que apresentavam percentagens de não respostas iguais ou superiores a 20%, evitando deste modo o enviezamento dos resultados.

2.3 Estudo da Percepção da Qualidade Organizacional dos Serviços de Saúde

A percepção tem sido definida por alguns autores como sendo essencialmente o produto de um processo mental. Nesta perspectiva, a percepção forma-se e desenvolve-se pela educação e experiência durante a vida do indivíduo. A percepção é assim uma sensação interior que resulta de uma impressão material produzida nos sentidos do indivíduo.

Como em cada indivíduo a massa perceptiva ou a totalidade da sua experiência é diferente da de qualquer outro, a selecção e interpretação do mesmo estímulo serão diferentes consoante os indivíduos, pelo que toda a interpretação através da percepção atinge apenas a pessoa implicada, sendo limitada pelos seus conhecimentos e pelos seus órgãos sensoriais e condicionada pelas suas necessidades. Para que cada indivíduo possa perceber algo de uma forma plena tem de se apoiar na totalidade de experiências e associações que lhe são familiares (AAVV 2000: 4754-5).

Assim, a qualidade percebida é “o processo pelo qual o indivíduo selecciona, organiza e interpreta as informações para formar uma imagem sobre a qualidade de um material, item, produto, serviço ou organização” (Imperatori 1999:251). É um julgamento subjectivo que o indivíduo elabora mentalmente e que o leva a ver as coisas não como elas são mas como ele as percebe.

Com base nas perguntas de investigação previamente colocadas, os objectivos definidos e as hipóteses formuladas, foi analisada a percepção da qualidade relativa aos diferentes aspectos organizacionais dos serviços de saúde em três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro, a partir das opiniões expressas pelos profissionais dessas unidades de saúde, relativas às questões que integram as seis dimensões analíticas da escala de percepção da qualidade:

- **Organização e Gestão** – Foca aspectos da organização relacionados com o planeamento das actividades, o grau de envolvimento de todos os profissionais na elaboração do plano de actividades e na definição dos objectivos, assim como

com o desenvolvimento do trabalho em equipa, o reforço do espírito da equipa e a gestão dos recursos humanos.

- **Direitos do Cidadão** – Considera os aspectos ligados à garantia da participação dos utentes na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, à garantia da liberdade de escolha, ao consentimento informado e à qualidade do atendimento.
- **Promoção da Saúde** – Enfatiza o papel dos Cuidados de Saúde Primários na implementação de políticas favoráveis à promoção e educação para a saúde e realça a importância dos programas locais na manutenção dos níveis de saúde e na sua melhoria e questiona sobre a intervenção do Centro de Saúde junto da comunidade e a existência de programas de promoção e educação para a saúde.
- **Prestação de Cuidados de Saúde** – Questiona aspectos da organização relacionados com a acessibilidade aos cuidados de saúde, com a prestação de cuidados domiciliários e continuados, com a comunicação entre o Centro de Saúde, os profissionais e os utentes, com as normas de orientação organizacionais e clínicas, com a prescrição de fármacos e meios complementares de diagnóstico, com a confidencialidade dos dados clínicos e pessoais do utente e com a privacidade, segurança, organização e qualidade dos registos clínicos.
- **Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade** – Trata de assuntos ligados à avaliação e monitorização da qualidade, à avaliação da satisfação de utentes e profissionais, à formação contínua e à investigação científica desenvolvida ao nível dos Centros de Saúde.
- **Instalações e Equipamentos** – Questiona sobre a acessibilidade física dos utentes aos serviços de saúde, sobre os espaços físicos onde são desenvolvidas as actividades, sobre as tecnologias de informação e comunicação existentes e sobre a higiene e segurança no local de trabalho, nos três Centros de Saúde incluídos no estudo.

Análise da fiabilidade da escala utilizada

A fiabilidade da escala utilizada foi analisada, estimando a sua consistência interna, com recurso ao cálculo do coeficiente de *Alpha-Cronbach*, com a finalidade de avaliar se as qualidades do questionário se haviam mantido após a recolha dos dados.

Foi estimada a consistência interna de cada uma das seis dimensões da escala: Organização e Gestão, Direitos do Cidadão, Promoção da Saúde, Prestação de Cuidados de Saúde, Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade e Instalações e Equipamentos, como mostra o quadro 2.45.

Quadro 2.45 Consistência Interna da escala de percepção da qualidade organizacional

Dimensões da Escala	Nº. de Itens	α Cronbach
Organização e Gestão	29	0,912
Direitos do Cidadão	13	0,838
Promoção da Saúde	9	0,872
Prestação de Cuidados de Saúde	49	0,941
Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	26	0,943
Instalações e Equipamentos	37	0,932

Fonte: Inquérito

Pela análise dos dados verifica-se que os valores de *Alpha-Cronbach* das dimensões da escala se mantêm elevados, indicando que se trata de uma escala fiável para medir a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo.

Todas as dimensões da escala apresentam uma correlação item total superior a 0,270 excepto a dimensão Direitos do Cidadão que apresenta um item com uma correlação item total muito fraca (0,038) (quadro 2.46) razão pela qual foi, posteriormente, removido do estudo por se considerar que em nada contribuía para a fiabilidade interna do questionário.

Quadro 2.46 Correlação item total das dimensões da escala de percepção da qualidade

Prestação de Cuidados de Saúde			Instalações e Equipamentos			Organização e gestão		
Itens	Correlação item total	Alpha sem este item	Itens	Correlação item total	Alpha sem este item	Itens	Correlação item total	Alpha sem este item
CSocA	0,489	0,940	IEsipA	0,575	0,929	OGpaA	0,604	0,907
CSocB	0,312	0,941	IEsipB	0,644	0,929	OGpaB	0,664	0,906
CSocC	0,479	0,940	IEsipC	0,629	0,929	OGpaC	0,739	0,904
CSmcD	0,447	0,940	IEsipD	0,400	0,931	OGpaD	0,684	0,905
CSocE	0,547	0,940	IEsipE	0,415	0,931	OGpaE	0,551	0,908
CSmcA	0,417	0,941	IEaiA	0,700	0,928	OGepA	0,692	0,905
CSmcB	0,524	0,940	IEaiB	0,675	0,928	OGepB	0,621	0,907
CSmcC	0,495	0,940	IEaiC	0,409	0,931	OGepC	0,684	0,906
CSmcD	0,428	0,941	IEaeA	0,522	0,930	OGepD	0,572	0,908
CSmcE	0,279	0,942	IEaeB	0,535	0,930	OGepE	0,571	0,908
CSmcF	0,447	0,941	IEaeC	0,559	0,929	OGteA	0,351	0,911
CSmcG	0,325	0,941	IEaeD	0,669	0,929	OGteB	0,429	0,910
CScdA	0,550	0,940	IEaeE	0,633	0,930	OGteC	0,430	0,910
CScdB	0,428	0,941	IEaeF	0,706	0,929	OGteD	0,464	0,910
CScdC	0,385	0,941	IEaeG	0,703	0,928	OGteE	0,403	0,910
CScdD	0,286	0,942	IEaeH	0,524	0,930	OGteF	0,473	0,909
CScdE	0,419	0,941	IEeiA	0,343	0,931	OGteG	0,548	0,908
CSecA	0,508	0,940	IEeiB	0,369	0,931	OGeeA	0,323	0,912
CSecB	0,628	0,940	IEeiC	0,440	0,931	OGeeB	0,444	0,910
CSecC	0,600	0,940	IEeiD	0,336	0,933	OGeeC	0,368	0,911
CSecD	0,283	0,942	IEscA	0,535	0,930	OGgrA	0,481	0,909
CSecE	0,329	0,941	IEscB	0,603	0,930	OGgrB	0,630	0,906
CSecF	0,312	0,942	IEscC	0,494	0,930	OGgrC	0,578	0,908
CsepA	0,509	0,940	IEenA	0,658	0,929	OGgrD	0,423	0,910
CsepB	0,543	0,940	IEenB	0,705	0,929	OGgrE	0,381	0,912
CsepC	0,408	0,940	IEenC	0,428	0,931	OGgrF	0,545	0,908
CsepD	0,490	0,940	IEenD	0,518	0,930	OGrhA	0,860	0,916
CsepE	0,487	0,940	IEshsA	0,567	0,929	OGrhB	0,313	0,912
CSnoA	0,566	0,940	IEshsB	0,604	0,929	OGrhC	0,273	0,912
CSnoB	0,635	0,939	IEshsC	0,406	0,931		$\alpha = 0,912$	
CSnoC	0,599	0,939	IEshsD	0,574	0,929		Educ. Contínua e Des. da Qualidade	
CSppfA	0,642	0,939	IEshsE	0,531	0,930	DQmqA	0,541	0,942
CSppfB	0,638	0,939	IEshsF	0,277	0,934	DQmqB	0,651	0,941
CSppfC	0,561	0,940	IEshsG	0,494	0,931	DQmqC	0,765	0,039
CSppfD	0,548	0,940	IEshsH	0,522	0,930	DQmqD	0,722	0,940
CSmedA	0,741	0,938	IEshsI	0,411	0,932	DQmqE	0,642	0,941
CSmedB	0,749	0,938	IEshsJ	0,604	0,929	DQasuA	0,708	0,940
CSmedC	0,639	0,939		$\alpha = 0,932$		DQasuB	0,710	0,940
CSmedD	0,576	0,940		Direitos do Cidadão		DQasuC	0,618	0,941
CSmedE	0,494	0,940	DCdcA	0,443	0,832	DQasuD	0,722	0,940
CSercA	0,284	0,941	DCdcB	0,493	0,827	DQasuE	0,602	0,941
CSercB	0,469	0,940	DCdcC	0,589	0,819	DQaspA	0,747	0,939
CSercC	0,554	0,940	DCdcD	0,653	0,824	DQaspB	0,815	0,939
CSercD	0,438	0,941	DCdcE	0,589	0,820	DQaspC	0,701	0,940
CSercE	0,433	0,941	DCdcF	0,531	0,824	DQaspD	0,727	0,940
CSoqrcA	0,503	0,940	DCauA	0,527	0,823	DQfcA	0,578	0,942
CSoqrcB	0,503	0,940	DCauB	0,541	0,823	DQfcB	0,550	0,942
CSoqrcC	0,554	0,940	DCauC	0,661	0,820	DQfcC	0,534	0,942
CSoqrcD	0,513	0,940	DCauD	0,591	0,821	DQfcD	0,589	0,941
	$\alpha = 0,941$		DCauE	0,531	0,823	DQfcE	0,516	0,942
Promoção da Saúde			DCauF	0,647	0,820	DQfcF	0,412	0,943
PSpfA	0,642	0,857	DCauG	0,038	0,863	DQfcG	0,507	0,942
PSpfB	0,756	0,848		$\alpha = 0,838$		DQfcH	0,373	0,943
PSpfC	0,573	0,863				DQfcI	0,529	0,942
PSpfD	0,603	0,859				DQicA	0,425	0,944
PSpfE	0,636	0,857				DQicB	0,509	0,942
PSplA	0,597	0,860				DQicC	0,579	0,942
PSplB	0,593	0,861					$\alpha = 0,943$	
PSplC	0,586	0,861						
PSplD	0,581	0,862						
	$\alpha = 0,872$							

Fonte: Inquérito

2.3.1 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão (análise descritiva dos dados)

Uma das características que tem sido apontado à forma de organização dos serviços de saúde é a existência de “um sistema dual de autoridade” que se consubstancia na existência de uma estrutura administrativa pesada e burocrática e na autonomia profissional que os médicos detêm dentro do sistema, que lhes advém do facto de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e da competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do sistema (Carapinheiro 1998).

A existência deste permanente conflito latente entre estas duas formas de poder tem-se oposto, de algum modo, à implementação de outras estruturas administrativas com uma liderança forte e motivadora capaz de envolver todos os profissionais nos sistemas de organização e gestão dos serviços de saúde, com reflexos na qualidade organizacional dos serviços de saúde e, concomitantemente, na qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

Os atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, foram analisados segundo três critérios: (a) planeamento de actividades, que contempla os aspectos relativos à elaboração do plano de actividades e ao envolvimento dos profissionais na elaboração do plano; (b) trabalho em equipa que contempla os aspectos relacionados com o desenvolvimento do trabalho em equipa e o reforço do espírito de grupo; (c) gestão de recursos que engloba os aspectos relativos à gestão dos recursos humanos.

Falando de qualidade, o planeamento das actividades surge como um dos aspectos cruciais para qualquer sistema organizacional e de gestão dos serviços de saúde. O plano é um guião onde são comprometidos os recursos exigidos para alcançar os objectivos pretendidos e onde se definem as actividades dos diversos responsáveis, de forma coerente e de acordo com os objectivos em vista, e onde se encontram descritos os métodos de acompanhamento e de recolha de indicadores que permitam

efectuar medidas correctivas, se e quando necessário, no sentido da melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos. O planeamento procura assim definir a missão da organização, os valores que serão seguidos por todos e a visão de onde a organização quer chegar no tempo (Lisboa et al 2004).

Neste contexto, é essencial que a elaboração do plano de actividades seja antecedida da elaboração do diagnóstico da situação relativo às condições de saúde e doença da população, que sejam levadas em conta as ameaças e oportunidades do ambiente externo à organização e sejam reconhecidas as forças e fraquezas do seu ambiente interno.

Como ameaças externas têm de ser consideradas, para além das decisões políticas do sector da saúde em constante mutação, as alterações económicas, socioculturais, técnicas, legais, demográficas e ecológicas do ambiente (análise PEST) (Teixeira 1998). A análise interna da organização traduz-se na análise dos diversos aspectos relativos à estrutura organizacional, aos recursos humanos, aos serviços de saúde providos e a prover à população, aos recursos adequados ao desenvolvimento das actividades e ao funcionamento das equipas de trabalho (análise SWOT) (Teixeira 1998).

O planeamento requer ainda que os principais responsáveis pela organização definam os objectivos estratégicos e a melhor forma de os atingir (Lisboa et al 2004). No dizer dos autores, para que a organização cumpra os seus objectivos é necessário contar com todos na organização. Envolver todos os profissionais na definição dos objectivos estratégicos, táticos e operacionais (nível macro, meso e micro) e no uso desses objectivos como a base fundamental dos esforços de motivação, avaliação e controlo é um elemento primordial para a elaboração do plano de actividades (Lisboa et al 2004).

Auscultar as opiniões dos profissionais, ouvir os seus objectivos e integrá-los nos objectivos da organização e partilhar com eles as informações relativas às alterações que houver necessidade de introduzir, para melhor atingir os objectivos organizacionais e individuais, são aspectos fundamentais no processo organizativo e gestor que as organizações de saúde têm de levar em conta para cumprimento da sua missão.

Também o trabalho em equipa tem vindo a ser considerado como indispensável na prestação de cuidados de saúde com qualidade, embora nem sempre tenha tido ampla aceitação por parte de alguns sectores a implementação de equipas multiprofissionais nos serviços de saúde, não só porque exige a introdução de mudanças em comportamentos e atitudes profundamente arraigados, mas também pelo receio, infundado, de perda de poder perante as zonas de incerteza que isso possa criar.

Contudo, no sector da saúde é exigido aos seus profissionais que detenham um grau académico, técnico e científico elevado pelo que, em contexto de trabalho, estes profissionais têm, ao longo do tempo, adquirido uma considerável autonomia profissional, sobretudo o pessoal médico.

A gestão de recursos humanos é outra área de grande sensibilidade ao nível das organizações de saúde do sector público e tem sido olhada com alguma preocupação por diversos sectores da sociedade. As respostas expressas pelos inquiridos sobre estas questões reflectem de algum modo essa preocupação, sobretudo a carência de efectivos para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações.

É um facto que o sector da saúde tem apresentado duas perspectivas quando questionado sobre o problema da carência de pessoal qualificado para o exercício das profissões da saúde. Por um lado, a perspectiva dos profissionais considera sempre insuficiente o número de efectivos (médicos, pessoal de enfermagem, pessoal das tecnologias da saúde). Por outro, a perspectiva das estatísticas da saúde tem apresentado um rácio técnico de saúde/1000 habitantes equivalente à maioria dos Países Europeus. Contudo, é assumido pelos órgãos competentes que a carência de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, se traduz num problema de muito difícil resolução a nível nacional no curto e médio prazo, havendo já a necessidade de recorrer à contratação de efectivos noutros países do espaço Europeu para suprir as necessidades do sector.

Para analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos centros de saúde em análise e assim prosseguir o primeiro objectivo deste estudo, procedeu-se à análise dedutiva das respostas expressas pelos profissionais de saúde dentro de cada dimensão analítica que compõem o instrumento de recolha de dados.

A matriz dos dados da dimensão organização e gestão é composta por 23 variáveis e 115 indivíduos que traduzem a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos serviços de saúde (quadro 2.47).

A exploração dos dados desta matriz revelou que, na área organizacional do planeamento das actividades, os atributos que os profissionais consideram que mais contribuem para a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde são a existência do plano de actividades do presente ano, com 46,0% dos respondentes a considerá-lo com qualidade, e a existência de relatório de actividades do ano transacto, com 45,7% dos profissionais a classificá-lo como sendo de qualidade.

Contudo, apesar da sua importância na definição da missão da organização, dos valores a seguir por todos e da visão da organização, aspectos estes fundamentais para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, o planeamento das actividades enquanto suporte para a garantia da prestação de cuidados de saúde com qualidade, quer por meio da garantia dos recursos exigidos para alcançar os objectivos pretendidos, quer por meio da definição das actividades dos diversos responsáveis, de forma coerente e de acordo com os objectivos em vista, quer ainda por meio da descrição dos métodos de acompanhamento e de recolha de indicadores que permitam a monitorização e o controlo das actividades desenvolvidas pelos diferentes sectores profissionais com vista à introdução de medidas correctivas, se e quando necessário, carece, na opinião expressa pela maioria dos profissionais, da introdução de melhorias significativas.

Percentagens elevadas de respondentes consideram-no não totalmente realizado, tanto no que respeita à existência de diagnóstico da situação actualizado, com 22,3% a considerá-lo sem qualidade, 17,9% com pouca qualidade e 31,3% com alguma qualidade, como no que se refere à existência de plano de actividades do presente ano, com 21,2% dos profissionais a denunciarem a sua não existência, 13,3% a considerá-lo com pouca qualidade e 19,5% a afirmarem que tem alguma qualidade, o mesmo sucedendo em relação à inclusão no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, à equidade, quer no acesso quer no tratamento, e à continuidade de cuidados, com 22,2% a considerá-lo sem qualidade, 13,0% com pouca qualidade e 26,9% com alguma qualidade.

Quadro 2.47 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão (análise descritiva dos dados)

Organização e Gestão	1	2	3	4	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
	NR	PR	QR	TR				
Planeamento de Actividades	%	%	%	%				
Existe diagnóstico de situação actualizado	22,3	17,9	31,3	28,6	2,66	3,00	3	1,119
Existe plano de actividades do presente ano	21,2	13,3	19,5	46,0	2,90	3,00	4	1,202
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, equidade e continuidade de cuidados	22,2	13,0	26,9	38,0	2,81	3,00	4	1,172
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis	22,0	16,5	33,0	28,4	2,68	3,00	3	1,113
Existe relatório de actividades do ano transacto	21,9	18,1	14,3	45,7	2,84	3,00	4	1,226
Envolvimento dos Profissionais na Elaboração do Plano de Actividades, na Definição de Objectivos e na Gestão								
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	30,0	14,5	22,7	32,7	2,58	3,00	4	1,229
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	25,2	25,2	20,6	18,9	2,43	2,00	3	1,067
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano de actividades	25,9	19,6	28,6	25,9	2,54	3,00	3	1,138
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área	10,8	15,3	34,2	39,6	3,03	3,00	4	0,995
Os responsáveis por determinadas áreas têm competências, funções e deveres claramente definidos	10,8	17,1	37,8	34,2	2,95	3,00	3	0,976
Trabalho de Equipa								
O CS está organizado em equipas saúde multidisciplinares	0,9	6,1	9,6	83,3	3,75	4,00	4	0,603
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa	1,8	7,1	15,9	75,2	3,65	4,00	4	0,693
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções	1,8	2,7	24,8	70,8	3,42	4,00	4	0,626
Existem mecanismos para a circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa	1,8	9,6	33,3	55,3	2,92	4,00	4	0,739
A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares	5,3	28,1	36,0	30,7	2,81	3,00	3	0,894
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino em áreas específicas	11,4	21,9	41,2	25,4	2,82	3,00	3	0,949
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos	13,3	23,0	31,9	31,9	3,16	4,00	3	1,028
Reforço do Espírito de Equipa								
Existe local próprio para descanso e convívio dos funcionários	17,5	7,9	15,8	58,8	3,16	4,00	4	1,164
São proporcionadas oportunidades para convívio informal dos funcionários	3,5	8,8	20,2	67,5	3,52	4,00	4	0,801
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho	17,4	26,3	22,8	33,3	2,72	3,00	4	1,109
Gestão de Recursos Humanos								
O quadro do CS está completo	39,3	22,3	25,9	12,5	2,12	2,00	1	1,072
O CS teve os recursos humanos suficientes para realizar as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto	21,3	38,9	35,2	4,6	2,23	2,00	2	0,838
Todos os utentes inscritos no CS estão integrados em listas de Médicos de Família	13,4	17,0	35,7	33,9	2,90	3,00	3	1,022

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não realizado;
 PR = Parcialmente realizado;
 QR = Quase realizado;
 TR = Totalmente realizado

Quanto ao facto de saber se o plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis, 22,0% consideram-no sem qualidade,

16,5% com pouca qualidade e 33,0% com alguma qualidade, sendo a percentagem dos que o consideram com qualidade de apenas 28,4%. Estes são atributos de qualidade organizacional da maior relevância para a qualidade dos serviços de saúde.

No que respeita à acessibilidade, a par com a equidade, foram ambos atributos considerados ao longo da componente teórica como sendo dos que maior influência exercem sobre a qualidade dos serviços de saúde. A incapacidade que os serviços de saúde têm demonstrado em se organizarem de modo a permitirem o acesso atempado dos utentes aos serviços de saúde de que necessitam tem tido fortes reflexos negativos na qualidade desses mesmos serviços, criando situações graves de iniquidade que os próprios utentes têm penalizado quando lhes é perguntada a sua opinião sobre estes assuntos organizacionais.

No que respeita ao envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição de objectivos e na gestão dos centros de saúde, as opiniões expressas pelos respondentes não deixam dúvidas quanto à sua fraca participação nos destinos das instituições de saúde. Questionados sobre a participação dos diferentes grupos profissionais na elaboração do plano de actividades, 30,0% afirmam não participarem, 14,5% têm pouca participação, 22,7% têm alguma participação e 32,5% consideram que participam. Quanto a saber se as suas opiniões são ouvidas e levadas em consideração, apenas 18,9% consideram que sim, 25,2% dizem que não e 25,5% consideram este aspecto com pouca qualidade. Já quanto à questão se os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano de actividades, 25,9% referem não ter conhecimento a mesma percentagem dos que referem conhecê-los (25,9%).

Saber envolver todos os profissionais em todas as áreas organizacionais e de gestão é uma exigência que se coloca nos dias de hoje a qualquer organização de saúde. Só com a participação empenhada de todos na organização se pode prestar cuidados de saúde com qualidade aos cidadãos.

O envolvimento dos profissionais na elaboração do plano, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde contribui para uma melhor comunicação entre os órgãos de gestão e os profissionais, permitindo uma melhor coordenação das actividades e dos actores envolvidos. Permite ainda debelar eventuais conflitos de hierarquia e de coordenação por meio da partilha das responsabilidades quanto ao cumprimento dos objectivos estabelecidos. Na medida em que apelam à colaboração das

peças e pela necessidade do seu envolvimento e audição, contribuem também para um aumento da motivação, dando origem a comportamentos mais participativos e colaborantes, e desenvolvem mecanismos de controlo. A generalidade dos profissionais de saúde sente satisfação e estímulo quando se consideram envolvidas nos destinos da sua área, departamento ou organização de saúde, influenciando decisivamente na melhoria da qualidade organizacional dos serviços e na qualidade dos cuidados prestados (Teixeira 1998).

A leitura do quadro 2.47 mostra ainda que os atributos de qualidade organizacional relativos à existência de responsáveis por determinadas áreas ou sectores apresentam grande dispersão dos dados: 39,6% confirmam a sua existência, 34,2% acham que este aspecto tem alguma qualidade, 15,3% consideram-no com pouca qualidade e 10,8% consideram-no sem qualidade. De igual modo, quando questionados sobre se os responsáveis por determinadas áreas têm competências, funções e deveres claramente definidos, 34,2% acham que sim, 37,8% consideram este aspecto com alguma qualidade, 17,1% acham-no com pouca qualidade e 10,8% consideram-no sem qualidade.

Sendo organizar uma forma de distribuir a autoridade, o trabalho e os recursos pelos elementos da organização, de modo a que estes possam atingir os objectivos propostos, a nomeação de responsáveis de áreas ou sectores tem de ser acompanhada de adequados níveis de autoridade e poder de decisão e da consequente responsabilização pela prossecução dos objectivos definidos para essa área. A definição clara de competências, funções e deveres evita situações de ambiguidade, desenvolve competências humanas, relacionais e sociais e motiva para o desempenho. A descentralização da tomada de decisão introduz flexibilidade no funcionamento organizacional e garante o empenhamento dos colaboradores. Ao mesmo tempo, a flexibilização das estruturas organizacionais e o reforço da sua adaptabilidade exigem maior fluidez nos processos, maior rapidez nas respostas e maior criatividade nas acções desenvolvidas, factores com impacte decisivo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Da leitura do quadro 2.47 sobressai também que foram assinalados como sendo de qualidade (escala 4) (mínimo 1, máximo 4) os aspectos relativos à organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares (83,3%), à descrição das funções da

equipa e de cada profissional dentro da equipa (75,2%), à consciência que cada profissional detém sobre o seu papel e funções (70,8%) e à existência de mecanismos para a circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa (55,3%).

Os valores organizacionais submetidos à avaliação dos profissionais incluídos nestes blocos de variáveis e que os profissionais mais apreciam incluem, na área da organização do trabalho, o trabalho em equipa, a autonomia profissional, a responsabilização pelas funções desempenhadas e pelos actos praticados e a partilha e disseminação do conhecimento sobre a condição clínica dos doentes pelos membros da equipa.

Tendo sido considerado ao longo da componente teórica que o modo como estão organizados os serviços e são prestados os cuidados de saúde são factores de grande influência na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, uma boa prática organizacional ao nível da organização do trabalho revela-se indutora de melhorias significativas na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, aumentando não só os níveis de satisfação dos utentes mas também a motivação e a satisfação dos profissionais para prosseguirem na busca dos objectivos definidos, tanto organizacionais como individuais.

Actualmente, as organizações de saúde têm de encontrar um modo de transformar a constituição e reconstituição espontânea de equipas multidisciplinares de elevado rendimento numa forma natural de trabalho, adoptando modelos de prestação de cuidados apoiados em equipas multidisciplinares que incluem médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, administrativos e outros profissionais não directamente ligados à prestação de cuidados de saúde, como engenheiros de sistemas e técnicos de informática, organizados em torno das necessidades dos utentes e suas famílias e não das conveniências dos seus departamentos (Drucker 2002).

A criação de unidades de tratamento específico ou “unidades centradas nos cuidados”, para satisfazer a maior parte das necessidades de um utente e da sua família, agiliza o processo de cuidar e evita que os utentes se dispersem por departamentos ou serviços e deixem de aguardar interminavelmente nos corredores pelos tratamentos e exames complementares de diagnóstico. Dotar as equipas com os instrumentos e os recursos de que necessitam para fornecer cuidados completos aos pacientes pode trazer



como consequências positivas a redução dos custos dos processos, o aumento da satisfação dos profissionais e utentes e melhorias na saúde dos pacientes. Em suma, aumenta a eficiência e eficácia dos serviços as quais se traduzem em melhorias substanciais na qualidade global dos serviços de saúde.

Com base nos resultados fornecidos pela análise das opiniões expressas pelos profissionais sobre esta área organizacional pode deduzir-se a existência de níveis de satisfação elevada dos profissionais em relação à organização do trabalho nos centros de saúde analisados que não podem deixar de se reflectir de modo positivo na qualidade dos serviços prestados.

Quanto à questão relativa à promoção, discussão e avaliações de qualidade multidisciplinares pela equipa, os resultados mostram que não há homogeneidade nas opiniões expressas: 30,7% afirmam que sim, 36,0% consideram este atributo com alguma qualidade e 28,1% consideram-no com pouca qualidade. Estes dados revelam que, apesar dos profissionais se organizarem em equipas multidisciplinares para prestar os cuidados de saúde necessários e com qualidade aos utentes, essa qualidade não é monitorizada, não havendo informação de retorno quanto à efectiva qualidade dos serviços prestados.

No que respeita à existência de formação contínua em exercício com sessões de treino (quadro 2.47), 25,4% dos respondentes consideram este aspecto com qualidade, 41,2% consideram-no com alguma qualidade, 21,9% acham que tem pouca qualidade e 11,4% dizem que não tem qualidade.

Sendo a formação considerada um elemento estratégico nos processos de mudança a que as organizações de saúde estão a ser submetidas, tendo em conta o desenvolvimento atingido pelas ciências básicas e pela inovação tecnológica que se reflecte em alterações constantes ao nível dos meios e métodos de diagnóstico, das decisões terapêuticas, dos processos de tratamento e dos processos de gestão da informação e do conhecimento relativos à situação clínica de cada doente, e que introduzem variabilidade na qualidade organizacional dos serviços, com concomitante variabilidade na qualidade dos cuidados prestados, e tendo em conta às opiniões expressas pelos profissionais, constata-se ser esta uma das áreas organizacionais a necessitar de um maior desenvolvimento da qualidade, tornando-a mais extensiva, de modo a envolver todos os sectores profissionais.

Da leitura do quadro 2.47 destaca-se ainda que, no que respeita aos atributos relativos ao incentivo dado pelos centros de saúde ao desenvolvimento de relações informais, designadamente quanto à existência de local próprio para descanso e convívio informal, 58,8% dos respondentes consideram-no com qualidade mas 17,5% acham que não tem qualidade. Já quanto à questão de saber se são proporcionadas oportunidades para convívio informal dos funcionários, a grande maioria (67,5%) percebe este atributo como sendo de qualidade e 20,2% como tendo alguma qualidade. Estes dados são reveladores do empenho colocado pelos órgãos de gestão dos centros de saúde no desenvolvimento das relações extra-laborais entre os profissionais de molde a tornar o ambiente mais participativo, permitindo o desenvolvimento de competências humanas, relacionais e sociais.

De acordo com a leitura dos dados do quadro 2.47 os atributos que os profissionais de saúde consideram que menos contribuem para a melhoria da qualidade organizacional dos centros de saúde são os relativos à gestão de recursos humanos, nomeadamente no que se refere ao preenchimento total das vagas do quadro, com 39,3% dos inquiridos a considerá-lo sem qualidade, 22,3% com pouca qualidade e 25,9% percebem-no como tendo alguma qualidade. O mesmo se verifica quando questionados sobre se o centro de saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto: sem qualidade 21,3%, com pouca qualidade 38,9% e com alguma qualidade 35,2%.

A problemática da carência de profissionais qualificados na área da saúde tem-se agravado nos últimos anos com a falta de reposição no mercado de trabalho de um número adequado de efectivos para a renovação das equipas de saúde, sobretudo de médicos, havendo um défice preocupante de médicos de clínica geral e familiar ao nível dos cuidados de saúde primários. Assiste-se hoje a uma situação de “esvaziamento” dos postos de trabalho, devido ao aumento da idade dos profissionais que estavam no activo, sem reposição de novos elementos que façam a provisão desses lugares, que tem obrigado o Ministério da Saúde a tomadas de decisão alternativas de suprimento de efectivos nos cuidados de saúde primários.

Apesar do empenho dos profissionais em exercício e dos esforços desenvolvidos para garantirem a máxima cobertura de cuidados de saúde à população, a carência de

pessoal na área da saúde não pode deixar de influir de forma negativa na qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes.

Síntese

As avaliações feitas pelos profissionais de saúde sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, sugerem a existência de áreas organizacionais que apresentam melhores atributos da qualidade e outras que apresentam piores indicadores de qualidade, sendo as áreas organizacionais que apresentam os melhores atributos de qualidade as relativas à organização do trabalho (trabalho em equipa) e às relações extra-laborais (reforço do espírito de equipa).

Com base nos valores médios verifica-se que os atributos da qualidade que na percepção dos profissionais mais contribuem para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo são a organização dos Centros de Saúde em equipas multidisciplinares (média 3,75), a descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa (média 3,65), a consciência que os membros da equipa têm sobre o seu papel e funções (média 3,42) e a existência de mecanismos de partilha da informação clínica relevante dentro da equipa (média 2,92).

Perante estes valores pode deduzir-se que, eventualmente, constituem boas práticas organizacionais que têm de ser testadas para ser validadas.

As áreas organizacionais que apresentam os piores atributos de qualidade são a área de gestão dos recursos humanos, seguida da área do planeamento das actividades, que inclui a elaboração do plano de actividades e o envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão dos Centros de Saúde.

Assim, de acordo com os resultados da análise dedutiva dos dados, verifica-se que as áreas organizacionais de gestão de recursos humanos e do planeamento das actividades exercem influência negativa sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde, enquanto a área organizacional do trabalho influencia de modo positivo a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em análise, bem como a área organizacional das relações informais.

Os resultados obtidos fornecem informações a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde**, apresentando a dimensão organização e gestão áreas organizacionais a necessitarem de melhoria da qualidade, na perspectiva dos seus profissionais de saúde.

2.3.1.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos serviços de saúde na dimensão organização e gestão

Para a prossecução do segundo objectivo do estudo, aplicou-se uma análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional, na dimensão organização e gestão, com o objectivo de reconstruir factores de caracterização da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo.

Quadro 2.48 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão

Factores	Valores próprios iniciais			Extracção da soma dos quadrados dos pesos			Rotação da soma dos quadrados dos pesos		
	Total	% da Variância	% Acum.	Total	% da Variância	% Acum.	Total	% da Variância	% Acum.
1	8,465	36,804	36,804	8,465	36,804	36,804	6,274	27,279	27,279
2	2,746	11,939	48,743	2,746	11,939	48,743	3,689	16,037	43,316
3	1,723	7,492	56,236	1,723	7,492	56,236	2,789	12,124	55,440
4	1,605	6,979	63,215	1,605	6,979	63,215	1,709	7,431	62,871
5	1,544	6,711	69,925	1,544	6,711	69,925	1,622	7,054	69,925
6	,977	4,247	74,173						
7	,861	3,742	77,915						
8	,667	2,901	80,816						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
23	,062	,268	100,000						

Fonte: Inquérito

Assim, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,837) e do teste de *Bartlett* ($\chi^2 = 1364,585$; gl253; p = 0,000), que informam sobre a adequação da matriz de 23*23 para a análise factorial, aplicou-se a análise factorial, utilizando o critério de *Kaiser* (factores com valor próprio

(*Eigenvalue*) maior que 1,00), sem constringer a extracção a um número particular de factores, tendo-se observado que a hierarquia da importância das respostas expressas pelos profissionais, de acordo com a análise factorial, se organiza segundo cinco principais factores. Assim, foram extraídos cinco factores com valores próprios superiores a um.

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 23*5, sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de cinco factores com uma inércia total na ordem de 69,925% (quadro 2.48).

Quadro 2.49 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão

Variável	Comunalidade
Existe diagnóstico de situação actualizado	0,667
Existe plano de actividades do presente ano	0,746
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados	0,876
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo	0,863
Existe relatório de actividades do ano transacto	0,676
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	0,769
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	0,744
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano	0,780
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área	0,606
Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos	0,583
O centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares	0,611
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa	0,726
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções	0,723
Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa	0,669
A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares	0,729
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas	0,648
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos	0,529
Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições	0,728
São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde	0,774
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho	0,545
O quadro do Centro de Saúde está completo	0,771
O Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto	0,739
Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de Médicos de Família	0,581

Fonte: Inquérito

Quanto ao grau de concordância da representatividade da agregação das variáveis na solução factorial de cinco componentes, verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a que corresponde à existência no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade, à equidade e à continuidade de cuidados, com cerca de 87,6%, sendo a variável referente à existência de registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos a que comporta a menor qualidade de representação (52,9%) (quadro 2.49).

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 8,5, explicando por si só 36,804% da variância total, contribuíram as seguintes variáveis: o plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo; no plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados; existe plano de actividades do presente ano; existe diagnóstico de situação actualizado; os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano de actividades; na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais; existe relatório de actividades do ano transacto; os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração.

Este factor contém em si elementos que sugerem o início do desenvolvimento nos Centros de Saúde de uma estrutura organizacional baseada em princípios que se encaminham para um sistema de gestão mais participativo, na medida em que detém atributos centrados no planeamento estratégico, no reconhecimento das necessidades dos utentes, no envolvimento dos diversos grupos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na descentralização da tomada de decisão, do exercício de acções e do desempenho de deveres.

Pode dizer-se que se trata de uma estrutura organizacional que, embora detendo características de uma burocracia profissional, congrega em si, de forma incipiente, alguma inovação em termos de abertura a novas formas de relações formais entre os grupos e os indivíduos que constituem a organização. Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o factor da inovação e da aprendizagem organizacional/desenvolvimento organizacional (quadro 2.50).

A formação do segundo factor, com um valor próprio na ordem dos 2,75 e explicando 11,939% da variância ainda não explicada, resultou da agregação das seguintes variáveis: existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa; todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções; o Centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares; existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa; são proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde; é fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho.

Este factor contém em si os atributos centrados na organização do trabalho, na partilha dos conhecimentos e nas relações extra-laborais. Em função das variáveis agregadas, este factor pode ser interpretado como o da autonomia profissional (quadro 2.50).

O terceiro factor, que detém como valor próprio 1,7 e explica 7,492% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de médicos de família; existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas; os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos; existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área; existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções ou procedimentos. Em função das variáveis agregadas, o factor três pode ser interpretado como um reflexo do princípio da acção/responsabilização decorrente do exercício de profissões com grau de autonomia considerável, razão pela qual este factor pode ser interpretado como o da responsabilização profissional.

Para a formação do factor quatro, que detém cerca de 1,6 de valor próprio, explicando 6,979% da variância, contribuiu a agregação das duas variáveis seguintes: existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições; a equipa promove e discute avaliações de

qualidade multidisciplinares. O factor quatro é composto por duas ordens de valores, os valores das relações sociais e os valores do empenho profissional, que, em conjunto, reflectem a valorização da acção dos profissionais para o desenvolvimento na organização de um ambiente informal, quer nas relações pessoais, quer nas relações de trabalho, podendo ser interpretado como o factor do ambiente participativo.

Quadro 2.50 Factores explicativos da percepção da qualidade organizacional
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão

Organização e Gestão	Factores				
	1	2	3	4	5
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo	0,921				
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados	0,918				
Existe plano de actividades do presente ano	0,856				
Existe diagnóstico de situação actualizado	0,806				
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano	0,795				
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	0,736				
Existe relatório de actividades do ano transacto	0,714				
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	0,666				
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa		0,814			
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções		0,803			
O centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares		0,777			
Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa		0,688			
São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde		0,620			
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho		0,458			
Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de médicos de família			0,725		
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas			0,658		
Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos			0,550		
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área			0,549		
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos			0,456		
Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições				0,753	
A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares				0,552	
O quadro do Centro de Saúde está completo					0,870
O Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto					0,735

Fonte: Inquérito

O quinto factor, que detém um valor próprio na ordem de 1,5, representando 6,711% da variância ainda não explicada, é o resultado da agregação das seguintes

variáveis: o quadro do Centro de Saúde está completo; o Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto. Este factor reflecte a importância do capital humano para o desenvolvimento da acção no interior da organização, razão pela qual pode ser interpretado como o factor da gestão de recursos humanos (quadro 2.50).

Como resultado da aplicação da análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde foram extraídos cinco factores principais, explicando 69,925% da variância total, sendo o mais importante da dimensão organização e gestão representado pelo factor aprendizagem organizacional (OGE1), com média de *scores* de 21,7429 (variância total explicada 27,279%), sendo o factor da organização do trabalho (OGE2) o segundo mais importante, com valor médio de *scores* de 20,6972 (variância total explicada 16,037%), seguido do factor responsabilidade profissional (OGE3), com média de *scores* de 11,7477 (variância total explicada 12,124%).

Quadro 2.51 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de Saúde, na dimensão organização e gestão

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
OGE1	21,7492	7,45890	8	32	105	Aprendizagem organizacional
OGE2	20,6972	3,41431	6	24	109	Organização do trabalho
OGE3	11,7477	2,92063	4	16	107	Responsabilidade profissional
OGE4	6,9115	1,41773	2	8	113	Relações pessoais
OGE5	4,3738	1,66271	2	8	107	Gestão Recursos Humanos

Fonte Inquérito

As médias mais baixas, no conjunto factorial de cinco componentes principais da dimensão organização e gestão, situam-se ao nível das relações pessoais (OGE4), com valor médio de 6,9115 (variância total explicada 7,431%) e da gestão dos recursos humanos (OGE5) com média de *scores* de 4,3738 (variância total explicada 7,054%).

Síntese

A análise dos dados extraídos pela aplicação da análise de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos

Centros de Saúde mostra que existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo**. Assim, em resultado da aplicação da análise factorial, foram extraídos cinco factores com valores próprios superiores a um e que explicam 69,925% da variância total dos dados iniciais, sendo estes dados a favor da prossecução do **segundo objectivo** definido para o estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo**. Contudo, ficam por explicar cerca de 30% da variância dos dados, o que prova que existem outros factores que contribuem para as práticas organizacionais nos Centros de Saúde em estudo, que exercem influência sobre a qualidade organizacional, mas que não foram identificadas pela análise factorial.

Porém, pode dizer-se que os cinco principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, cujo perfil é definido por uma forte componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos ao planeamento das actividades e ao envolvimento dos profissionais no planeamento das actividades, que os profissionais consideram que apresentam piores atributos da qualidade, influenciando negativamente a qualidade dos serviços de saúde; por uma segunda componente (factor 2) que agrega os atributos da qualidade relacionados com o trabalho em equipa, que os profissionais de saúde consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e que influenciam de modo positivo a qualidade organizacional dos serviços de saúde; por uma terceira componente (factor 3) que agrega os atributos de qualidade relacionados com a formação contínua em exercício e com a descentralização do poder, que os profissionais consideram como sendo piores atributos de qualidade e que influenciam negativamente a qualidade dos serviços de saúde; por uma quarta componente (factor 4) que agrega os atributos da qualidade organizacional relacionados com as relações informais, que os profissionais consideram como melhores atributos de qualidade e que exercem influência positiva sobre a qualidade dos serviços de saúde; e por uma quinta componente (factor 5) que

agrega os atributos de qualidade organizacional relacionados com a gestão de recursos humanos, que os profissionais consideram como piores indicadores de qualidade organizacional e que influenciam negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde dos centros de saúde em estudo.

2.3.1.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional na dimensão organização e gestão

Face aos resultados obtidos a partir da análise descritiva dos dados e dos resultados da aplicação da análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, e tendo presentes os objectivos definidos e as hipóteses formuladas, para testar a **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a profissão e a antiguidade na profissão**, procedeu-se à análise da variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças na percepção dos profissionais de saúde sobre os atributos de qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, procurando deste modo atingir o **terceiro objectivo** deste estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos de qualidade organizacional nos Centros de Saúde em estudo**, cujos resultados se apresentam a seguir.

Com base nos dados do quadro 2.52, verifica-se a existência de diferenças significativas nas opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre alguns dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Analisando a avaliação da qualidade relativa à existência de plano de actividades do presente ano, são os médicos que consideram este aspecto com maior qualidade [média de posições 66,92; ($\chi^2 = 9,060$; gl2; $p = 0,022$)], o mesmo se verificando quanto à questão se o plano é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis [média de posições 67,66; ($\chi^2 = 9,060$; gl2; $p = 0,011$)], mas quando se

Quadro 2.52 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Organização e gestão						
Factor 1 Desenvolvimento Organizacional	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	P
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo	0,921	67,66	47,69	50,34	9,068	0,011
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados	0,918	60,07	54,22	49,38	2,272	0,321
Existe plano de actividades do presente ano	0,856	66,92	57,08	47,26	7,638	0,022
Existe diagnóstico de situação actualizado	0,806	60,68	54,18	54,70	0,988	0,610
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano	0,795	60,80	54,99	53,79	1,063	0,588
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	0,736	53,04	52,99	60,61	1,488	0,475
Existe relatório de actividades do ano transacto	0,714	50,41	54,76	53,70	0,435	0,805
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	0,666	52,89	52,07	63,04	2,861	0,293
Factor 2 Autonomia Profissional						
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa	0,814	49,62	65,08	56,33	7,269	0,026
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções	0,803	50,07	61,82	58,78	4,017	0,134
O centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares	0,777	51,84	64,14	56,60	6,203	0,045
Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa	0,688	52,08	61,09	59,14	1,940	0,379
São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde	0,620	53,12	60,51	58,76	1,486	0,476
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho	0,458	53,34	57,88	61,00	1,121	0,571
Factor 3 Responsabilização Profissional						
Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de Médicos de Família	0,725	48,99	55,14	64,98	5,044	0,080
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas	0,658	46,49	68,08	57,64	8,876	0,012
Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos	0,550	49,67	52,82	65,09	5,321	0,070
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área	0,549	49,09	58,26	60,58	2,968	0,227
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos	0,456	54,31	62,17	54,45	1,549	0,461
Factor 4 Ambiente Participativo						
Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições	0,753	55,45	58,11	58,84	0,281	0,869
A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares	0,552	50,45	62,36	59,46	2,929	0,231
Factor 5 Gestão de Recursos Humanos						
O quadro do Centro de Saúde está completo	0,870	57,94	51,13	60,50	1,855	0,396
O Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto	0,735	45,94	59,45	57,36	4,266	0,119

N=91; gl₂

Fonte: Inquérito

analisa a avaliação da qualidade relativa à descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa, são os enfermeiros quem melhor percebe a sua existência como sendo de qualidade [média de posições 52,68;

($\chi^2 = 6,660$; gl2; $p = 0,036$)], o mesmo sucedendo com a avaliação da qualidade relativa à organização do Centro de Saúde em equipas multidisciplinares [média de posições 64,14; ($\chi^2 = 6,203$; gl2; $p = 0,045$)] e à existência de formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas [média de posições 68,08; ($\chi^2 = 8,876$; gl2; $p = 0,012$)] (quadro 2.52).

Dos resultados observados ressalta que o grupo profissional dos médicos avalia como sendo de melhor qualidade os atributos relacionados com o desenvolvimento organizacional (factor 1), enquanto os enfermeiros avaliam como tendo mais qualidade os atributos relativos à autonomia profissional (factor 2), o que está de acordo com algumas teorias que defendem a existência de um lugar estrutural da enfermagem na produção de cuidados de saúde, no qual este grupo profissional procura os alicerces para o fechamento social, isto é, para o desenvolvimento da capacidade do grupo profissional garantir o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta, sobre a selecção e formação dos praticantes e sobre a legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade (Freidson 1970; Lopes 2001) sustentada num corpo de saberes de natureza académica, técnica e científica reconhecido socialmente pela credenciação por diploma de estudos superiores de enfermagem.

Relativamente ao grupo profissional dos médicos é salientado por alguns autores o poder e a autonomia profissional que os médicos detêm como um traço específico das organizações de saúde (Carapinheiro 1998) pelo que, perante as estruturas organizacionais emergentes, é provável que este grupo profissional procure novos saberes sobre as novas dinâmicas organizacionais, no sentido de reduzir as suas zonas de incerteza, de modo a garantir a continuidade do exercício da autoridade enquanto suporte das estratégias médicas face às mudanças introduzidas nos sistemas organizacionais pelo crescente desenvolvimento humano e inovação tecnológica. Fica assim claro que a variável grupo profissional exerce influência sobre a percepção da qualidade organizacional nos Centros de Saúde.

Os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* relativos às opiniões expressas pelos profissionais, de acordo com a antiguidade na profissão, mostram também a existência de diferenças significativas quanto à percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde. Assim, analisando a avaliação feita

Quadro 2.53 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão organização e gestão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Organização e gestão	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	P
Factor 1 Desenvolvimento Organizacional							
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo	0,921	59,94	47,02	60,13	49,75	4,107	0,250
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados	0,918	64,24	49,42	58,67	43,74	6,108	0,106
Existe plano de actividades do presente ano	0,856	64,78	55,21	61,59	43,76	6,508	0,089
Existe diagnóstico de situação actualizado	0,806	65,89	55,42	55,83	51,50	2,232	0,526
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano	0,795	70,44	49,38	59,38	47,57	7,088	0,069
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	0,736	65,78	56,04	52,86	51,89	2,673	0,445
Existe relatório de actividades do ano transacto	0,714	59,78	55,48	50,30	50,43	1,673	0,651
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	0,666	61,39	55,06	54,80	55,16	0,648	0,881
Factor 2 Autonomia Profissional							
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa	0,814	56,69	62,08	55,03	55,43	1,418	0,687
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções	0,803	59,29	58,96	57,21	52,48	0,994	0,803
O centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares	0,777	61,11	56,52	58,54	53,74	1,386	0,708
Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa	0,688	60,45	54,04	61,14	51,59	2,154	0,541
São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde	0,620	61,97	59,09	59,98	49,04	2,937	0,401
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho	0,458	60,71	53,24	57,68	59,50	0,760	0,857
Factor 3 Responsabilização Profissional							
Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de Médicos de Família	0,725	60,47	65,96	49,80	56,04	4,763	0,190
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas	0,658	73,32	57,11	58,89	41,41	10,704	0,013
Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos	0,550	66,89	50,64	54,67	55,91	3,147	0,370
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área	0,549	69,75	58,78	53,73	46,34	6,346	0,095
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos	0,456	69,76	56,41	56,37	48,00	4,961	0,175
Factor 4 Ambiente Participativo							
Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições	0,753	54,97	60,65	57,18	56,52	0,483	0,923
A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares	0,552	66,32	54,57	58,66	51,05	2,725	0,436
Factor 5 Gestão de Recursos Humanos							
O quadro do Centro de Saúde está completo	0,870	54,39	54,77	58,85	55,70	0,439	0,932
O Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto	0,735	64,21	58,92	47,24	56,09	5,065	0,167

N = 91 gl₃

Fonte: Inquérito

pelos profissionais, verifica-se ser o grupo com menos de 10 de profissão quem mais valoriza o atributo relacionado com a formação profissional (factor 3): existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas [média de posições 73,32; ($\chi^2 = 10,704$; gl3; $p = 0,013$)] (quadro 2.53). A esta valorização poderá estar subjacente a importância atribuída pelos profissionais mais jovens à formação enquanto factor que lhes permita conquistar maiores níveis de responsabilização profissional no seio da organização.

Síntese

Os resultados obtidos mostram que existem diferenças significativas na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, encontrando-se tais diferenças relacionadas com a situação profissional e com a antiguidade na profissão, dados estes que se revelam a favor da confirmação da **Hipótese 3**, não sendo por essa razão possível a definição de um perfil homogéneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionada com os diversos factores sócio-organizacionais, como o exercício da autoridade, a tomada de decisão, o trabalho em grupo, as relações formais e informais assim como com os interesses dos profissionais que divergem entre os grupos e segundo a antiguidade na profissão, estando uns mais interessados em apreciar os atributos relacionados com o exercício do poder dentro das organizações como suporte das suas estratégias (caso dos médicos), outros mais interessados em apreciar os atributos de qualidade relacionados com a autonomia profissional, como forma de garantir a coesão do grupo, a selecção e formação dos novos elementos e a definição do seu campo de acção (caso dos enfermeiros), com o *status* no interior da organização ou com a aquisição de novas competências que lhes permitam ascender a novas posições dentro da organização (caso dos profissionais com menos anos de antiguidade na profissão) e ainda com as políticas da saúde, de acordo com o grau de motivação que tais políticas procurem despertar, de forma contínua, nos profissionais e que existem em qualquer nível de gestão, podendo estar relacionadas com uma função com um programa ou com um projecto.

2.3.1.3 Estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes na dimensão organização e gestão

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão organização e gestão, tendo como factores de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo, local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão) procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos masculino e feminino e entre os grupos profissionais dos Centros de Saúde e profissionais das Extensões de Saúde (variáveis nominais do tipo dicotómico), assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%, tendo-se optado pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos etários, grupos profissionais e grupos baseados na antiguidade na profissão, assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas nas respostas expressas, ao nível de significância de 5%.

Da análise comparativa das respostas expressas pelos dois grupos, masculino e feminino, constata-se que os resultados da estatística do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre aqueles dois grupos (quadro 2.54).

Assim, observa-se que, para todos os factores, tanto os valores da estatística de teste como os valores de significância levam à não rejeição da hipótese nula [(aprendizagem organizacional_rec: K-S Z = 0,603; p = 0,860); (organização trabalho_rec: K-S Z = 0,081; p = 1,000); (responsabilidade pessoal_rec: K-S Z = 0,099; p = 1,000); (relações pessoais_rec: 0,126; p = 1,000); (gestão do pessoal_rec: 0,008; p = 1,000)], ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional dos três Centros de Saúde entre homens e mulheres, não sendo por isso a variável sexo um elemento de influência sobre a avaliação da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Quadro 2.54 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão organização e gestão (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Organização e Gestão (Bloco Factorial)		Aprendizagem Organiza cional rec	Organização Trabalho rec	Respon sabilidade Pessoal rec	Relações Pessoais rec	Gestão do Pessoal rec
		N 105	N 109	N 107	N113	N107
Most Extreme Differences	Absolute	0,133	0,017	0,022	0,027	0,002
	Positive	0,133	0,017	0,022	0,027	0,000
	Negative	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,002
Kolmogorov-Smirnov Z		0,603	0,081	0,099	0,126	0,008
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,860	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

De igual modo, a análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, mostra que os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade: [(aprendizagem organizacional_rec: K-S Z = 0,638; p = 0,810); (organização trabalho_rec: K-S Z = 0,056; p = 1,000); (responsabilidade pessoal_rec: K-S Z = 0,073; p = 1,000); (relações pessoais_rec: K-S Z = 0,055; p = 1,000); (gestão do pessoal: K-S Z = 0,430; p = 1,000)].

Quadro 2.55 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão organização e gestão (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Organização e Gestão (Bloco Factorial)		Aprendizagem Organiza cional rec	Organização Trabalho rec	Responsabi lidade Pessoal rec	Relações Pessoais rec	Gestão do Pessoal rec
		N 105	N 109	N 107	N 113	N 107
Most Extreme Differences	Absolute	0,125	0,011	0,014	0,010	0,084
	Positive	0,125	0,011	0,000	0,000	0,000
	Negative	0,000	0,000	-0,014	-0,010	-0,084
Kolmogorov-Smirnov Z		0,638	0,056	0,073	0,055	0,430
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,810	1,000	1,000	1,000	0,993

Fonte: Inquérito

Assim, pode dizer-se que há evidência estatística que permite afirmar que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais

que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, pelo que se não pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%, concluindo-se não ser o local de trabalho um elemento de influência sobre a percepção dos factores de qualidade (quadro 2.55).

O estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão organização e gestão, tendo como elementos de influência as variáveis grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, feito com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, mostra que os valores da estatística do teste e dos correspondentes valores de significância sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os grupos etários: [(aprendizagem organizacional_rec. $\chi^2 = 4,645$; gl3; p = 0,200); (organização do trabalho_rec. $\chi^2 = 2,425$; gl3; p = 0,489); (responsabilidade pessoal_rec. $\chi^2 = 1,421$; gl3; p = 0,701); (relações pessoais_rec. $\chi^2 = 2,704$; gl3; p = 0,440); (gestão do pessoal_rec. $\chi^2 = 1,597$; gl3; p = 0,660)] (quadro 2.56).

Quadro 2.56 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário, na dimensão organização e gestão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Organização e gestão (Blocos Factoriais)	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	P
Aprendizagem Organizacional_rec	61,67	47,81	50,74	57,66	4,645	0,200
Organização Trabalho_rec	57,50	53,14	54,29	57,50	2,425	0,489
Responsabilidade Pessoal_rec	56,87	55,52	51,58	55,81	1,421	0,701
Relações Pessoais_rec	60,00	55,65	55,74	60,00	2,704	0,440
Gestão do Pessoal_rec	60,72	51,93	53,63	50,11	1,597	0,660

Fonte: Inquérito

Quer os valores do Qui-Quadrado com três graus de liberdade [χ^2 (gl3) < 7,81] quer os valores da significância (p > 0,05) não permitem rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Perante tais resultados, pode afirmar-se haver evidência estatística que mostra que a idade não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam o perfil da organização e gestão dos Centros de Saúde em análise (quadro 2.56).

De igual modo, a análise dos dados do quadro 2.57 mostra que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional: [(aprendizagem organizacional_rec. $\chi^2 = 1,831$; gl2; p = 0,400); (organização do trabalho_rec. $\chi^2 = 2,685$; gl2; p = 0,0,261); (responsabilidade pessoal_rec. $\chi^2 = 0,164$; gl2; p = 0,921); (relações pessoais_rec. $\chi^2 = 2,950$; gl2; p = 0,229); (gestão do pessoal_rec. $\chi^2 = 2,696$; gl2; p = 0,260).

Quadro 2.57 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão organização e gestão (análise de variância de Kruskal-Wallis)

Organização e gestão (Blocos Factoriais)	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Aprendizagem Organizacional_rec	56,69	53,31	48,97	1,831	0,400
Organização Trabalho_rec	54,47	57,50	53,20	2,685	0,261
Responsabilidade Pessoal_rec	53,33	53,58	55,07	0,164	0,921
Relações Pessoais_rec	55,42	60,00	55,76	2,950	0,229
Gestão do Pessoal_rec	51,46	50,71	60,04	2,696	0,260

Fonte: Inquérito

Tanto os valores do Qui-Quadrado com dois graus de liberdade [χ^2 (gl2) < 5,99] como os valores da significância (p > 0,05) não permitem rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Conclui-se assim que a profissão não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão exerce influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde dos três Centros de Saúde em estudo.

Quanto à variável de caracterização antiguidade na profissão, os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que também não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade (quadro 2.58).

Quadro 2.58 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão organização e gestão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Organização e gestão (Blocos Factoriais)	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Aprendizagem Organizacional_rec	64,41	50,70	54,07	43,88	7,299	0,063
Organização Trabalho_rec	57,50	55,40	56,26	50,07	5,454	0,141
Responsabilidade Pessoal_rec	62,5	55,81	51,56	49,76	5,230	0,156
Relações Pessoais_rec	60,00	57,91	57,49	52,63	3,916	0,271
Gestão do Pessoal_rec	53,03	56,68	52,65	54,26	0,386	0,943

Fonte: Inquérito

Tanto os valores da estatística de teste, a que correspondem valores de Qui-Quadrado inferiores ao valor crítico da distribuição (χ^2 ; gl3; 0,05) [7,81; + ∞ [para todos os factores, como os valores das significâncias [(p > 0,05) superiores ao valor de significância do investigador] são a favor da não rejeição da hipótese nula [(aprendizagem organizacional_rec $\chi^2 = 7,299 < 7,81$; p = 0,063 > 0,05); (organização do trabalho_res $\chi^2 = 5,454 < 7,81$; p = 0,141 > 0,05); (responsabilidade pessoal_rec $\chi^2 = 5,230 < 7,81$; p = 0,156 > 0,05); (relações pessoais_rec $\chi^2 = 3,916 < 7,81$; p = 0,271 > 0,05); (gestão do pessoal_rec $\chi^2 = 0,386 < 7,81$; p = 0,943 > 0,05)], ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que a antiguidade na profissão não influencia a percepção dos profissionais de saúde sobre os factores caracterizadores da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo, apesar de se ter verificado a sua influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade quando analisados separadamente.

Síntese

O estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos profissionais de saúde sexo e local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, na dimensão organização e gestão, não revelou valores significativos ($p > 0,05$), pelo que em nenhum dos casos estudados se pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%, o que leva a concluir que as variáveis de caracterização não influenciam a percepção dos profissionais em relação aos factores de qualidade organizacional, não contribuindo estes resultados para a confirmação da **Hipótese 3** previamente formulada.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde dos três Centros de Saúde em estudo.

2.3.1.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão organização e gestão

Para analisar quais são os factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

Porém, os resultados do teste de *Friedman* mostram que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde.

Considerando os dados do bloco factorial desenvolvimento organizacional (factor 1), verifica-se que a análise de 102 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,815$; $g17$; $p = 0,000$), o que leva à rejeição da hipótese nula, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [existe plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00); existe relatório de actividades do ano transacto (média de posições 4,98); no plano de actividades estão contempladas a

Quadro 2.59 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão organização e gestão (estudo comparativo de *Friedman*)

Organização e Gestão	N	Média	Média de posições	χ^2	P
Factor 1 Desenvolvimento Organizacional (g17)				37,815	0,000
O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo	102	2,73	4,44		
No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados	102	2,86	4,90		
Existe plano de actividades do presente ano	102	2,91	5,00		
Existe diagnóstico de situação actualizado	102	2,65	4,32		
Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano	102	2,63	4,25		
Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais	102	2,62	4,28		
Existe relatório de actividades do ano transacto	102	2,86	4,98		
Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração	102	2,48	3,83		
Factor 2 Organização do Trabalho (g15)				142,532	0,000
Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa	109	3,64	3,87		
Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções	109	3,65	3,86		
O centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares	109	3,75	4,12		
Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa	109	3,41	3,23		
São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde	109	3,53	3,65		
É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho	109	2,71	2,28		
Factor 3 Responsabilização pessoal (g14)				6,014	0,198
Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de Médicos de Família	107	2,93	3,00		
Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas	107	2,81	2,80		
Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos	107	2,97	3,06		
Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área	107	3,04	3,21		
Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções e procedimentos	107	2,81	2,93		

Fonte: Inquérito

acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados (média de posições 4,90)]. Contudo, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade da organização e gestão é a existência do plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00). Mas quando se analisam os dados relativos à organização do trabalho

(factor 2), verifica-se que a análise de 109 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 142,532$; gl5; $p = 0,000$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo, neste caso, o atributo que os inquiridos consideram exercer maior influência na qualidade organizacional a organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares (média de posições 4,12), encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [o Centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares (média de posições 4,12); existe descrição de funções da equipa e de cada profissional dentro da equipa (média de posições 3,87); todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções (média de posições 3,86)]. Face aos resultados obtidos, pode dizer-se que estes atributos constituem boas práticas de organização e gestão dos serviços de saúde (quadro 2.59).

Os dados do quadro 2.59 mostram ainda que não existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade agregados no bloco factorial responsabilização pessoal (factor 3), tendo a análise de 107 casos válidos revelado um valor não significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 6,014$; gl4; $p = 0,189$), pelo que se não pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Síntese

As informações recolhidas dos estudos realizados sugerem que às diferenças de valorização atribuídas pelos profissionais aos atributos de qualidade organizacional podem estar subjacentes factores sócio-organizacionais, como o modelo de gestão seguido pelos Centros de Saúde, a dinâmica dos grupos e a cultura da organização, para além da trajectória pessoal e profissional na acepção de Silva (1996). Os resultados fornecidos pelo estudo comparativo de *Friedman*, para além de não refutarem a existência de atributos da qualidade organizacional que os profissionais valorizam de modo diferente, fornecem evidência empírica de que há diferenças significativas no modo como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, como tinha sido demonstrado quer pela análise descritiva dos dados, quer pela análise factorial, quer ainda pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

Os valores da estatística do teste e os valores de média de posições (*Ranks*) indicam que, na dimensão organização e gestão, os atributos de qualidade organizacional relacionados com o trabalho em equipa (organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares e descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa) podem ser considerados boas práticas na organização e gestão dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo.

2.3.2 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão (análise descritiva dos dados)

A qualidade organizacional relativa à dimensão direitos do cidadão foi analisada de acordo com dois critérios: a garantia dos direitos do cidadão nos serviços de saúde e o atendimento do utente nos serviços de saúde.

O reconhecimento formal dos direitos do utente no interior do sistema de saúde está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei XIV – Estatuto dos Utentes). A existência de estruturas que apoiem e incentivem os utentes a ter uma participação activa na melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados é um aspecto relevante para a organização e gestão dos serviços de saúde com qualidade.

As reclamações, sugestões e queixas dos utentes devem ser entendidas não como acusações mas sim como formas para melhorar o desempenho profissional e da organização. A informação daí recolhida não é despicienda (Neves 2000). Na medida em que expressa a percepção que o utente tem do serviço que lhe foi prestado, que pode ou não ser coincidente com a verdade dos factos, um cabal esclarecimento dos aspectos organizacionais ou profissionais que tenham estado na origem de qualquer dessas formas de participação traz sempre vantagens acrescidas para ambas as partes – utente e organização – e todos aprendem com isso.

A publicitação, em lugar adequado e de fácil acesso, dos direitos e deveres dos utentes e o desenvolvimento de mecanismos para a sua consequente garantia não só permitem que os cidadãos se apercebam que a organização se preocupa consigo como incentivam os utentes a terem comportamentos de cidadania no interior do sistema. O confronto explícito entre direitos e deveres consciencializa os utilizadores dos serviços

de saúde e leva-os a reconhecer que, para defesa da garantia dos seus direitos, estes devem cumprir com os seus deveres.

Desenvolver uma cultura de organização que coloque o utente no centro do sistema não é tarefa fácil mas é exequível e desejável. Com o empenhamento dos órgãos de gestão e o envolvimento de todos os profissionais criar-se-ão sinergias que contribuirão de forma decisiva para a obtenção de melhores resultados. Se for assumido pelas organizações de saúde que a defesa dos direitos do cidadão é a defesa dos seus próprios direitos, uma vez que as organizações de saúde são sistemas sociais e que todos somos ao mesmo tempo cidadãos e utentes, todos os aspectos relacionados com as garantias desses direitos se tornam melhor percebidos tanto pelos órgãos de gestão como por todos os profissionais.

Outro dos aspectos importantes em qualquer sistema organizacional dos serviços de saúde é, sem dúvida, a salvaguarda da dignidade humana. As organizações de saúde são sistemas sociais peculiares onde seres humanos cuidam de seres humanos e onde os processos produtivos de cuidados de saúde se afastam de qualquer outro sistema de produção. A relação que se estabelece entre utente/doente e os profissionais de saúde é, na maioria das vezes, uma relação de agência que confere ao agente maior capacidade de decisão mercê das informações e conhecimentos que detém. É, na sua essência, uma relação assimétrica (Samuelson 2005; Castro 2002), pelo que as organizações de saúde devem pugnar por criar sistemas organizacionais que garantam a salvaguarda da dignidade e privacidade dos seus utentes.

Na relação de agência é fundamental a existência de confiança mútua, pelo que deve ser garantido ao utente a liberdade de escolha dos profissionais com quem se vai relacionar, já que isso implica, na maioria dos casos, a revelação de informações relacionadas com a história de vida dos indivíduos e das suas famílias que exigem respeito, dignidade e confidencialidade.

A matriz dos dados da dimensão direitos do cidadão é composta por 12 variáveis e 115 indivíduos e traduz a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionada com a garantia dos direitos do cidadão no interior dos Centros de Saúde quadro 2.60.

A exploração dos dados desta matriz revelou que foram assinalados como sendo de boa qualidade (escala 4) existe livro de reclamações disponível e acessível (92,2%), é respeitada a natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais (81,6%), o doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada (79,1%), o doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação (78,3%), é dada resposta a todas as reclamações no prazo de um mês (71,2%), é assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico (70,2%), existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes (64%) e existe gabinete do utente com horário expresso (58,3%) (quadro 2.60).

Quadro 2.60 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão (análise descritiva dos dados)

Dimensão Direitos do Cidadão	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				
Direitos do Cidadão nos Serviços de Saúde	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Estão afixados no CS os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de bases da Saúde	15,3	15,3	23,4	45,9	3,00	3,00	4	1,112
Existe gabinete do utente com horário expresso	12,2	11,3	18,3	58,3	3,23	4,00	4	1,068
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes	4,4	8,8	22,8	64,0	3,46	4,00	4	0,833
Existe livro de reclamações disponível e acessível	1,7	0,9	5,2	92,2	3,88	4,00	4	0,480
É dada resposta a todas as reclamações no prazo de um mês	3,5	4,5	20,7	71,2	3,59	4,00	4	0,743
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros e queixas dos utentes	11,9	14,7	24,8	48,6	3,10	3,00	4	1,054
Atendimento dos Utentes com Dignidade e Privacidade								
Os cidadãos escolhem livremente o seu médico de acordo com a sua preferência	6,1	10,5	25,4	57,9	3,35	4,00	4	0,902
É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico	2,7	7,1	19,5	70,8	3,58	4,00	4	0,741
O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada	1,7	2,6	16,5	79,1	3,73	4,00	4	0,597
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	2,6	7,0	12,2	78,3	3,66	4,00	4	0,724
O doente recebe informação, podendo ou não aceitar participar no ensino médico	9,6	13,5	21,6	55,0	3,22	4,00	4	1,022
É respeitada a natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais	0,9	6,1	11,4	81,6	3,74	4,00	4	0,610

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

A leitura dos dados revela ainda que foram considerados com alguma qualidade (escala 3) a existência de orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes,

erros e queixas dos utentes (24,8%) e a afixação no Centro de Saúde dos direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde (23,4%).

Contudo, há aspectos organizacionais que têm de ser melhorados, como a escolha do médico pelos utentes e a sua participação no ensino médico. Esta última questão traz para a discussão um tema desde há muito debatido na área da saúde: o tema do consentimento informado do utente para participar em investigações ou no ensino clínico. E esta é, sem dúvida, uma questão que ainda não está totalmente resolvida nas organizações de saúde. Reflexo disso é o modo como os profissionais de saúde se expressam.

A dispersão dos dados mostra que não há consensos a este respeito: 55% dos inquiridos consideram garantidos os direitos de recusa ou aceitação da participação dos utentes nas investigações e no ensino médico, mas os restantes 45% têm opiniões diversas, como mostram os dados do quadro 2.60. E se é certo que estes assuntos colocam questões de ordem jurídica, eles constituem sobretudo problemas de natureza ética.

Síntese

As opiniões expressas pelos profissionais de saúde sugerem a existência de atributos de qualidade organizacional relacionados com os direitos do cidadão como sendo de melhor qualidade. Considerando os valores médios verifica-se que os atributos mais valorizados estão relacionados com factores estruturais, como a existência de livro de reclamações (média 3,88), e com factores humanos, como o atendimento dos utentes com dignidade e privacidade, sobretudo no que respeita à confidencialidade de todos os detalhes médicos e pessoais dos utentes (média 3,74), como o poder de decisão que é reconhecido ao doente para aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada (média 3,73) ou aceitar ou recusar participar em actividades de investigação (média 3,66).

Estes valores sugerem a existência de práticas organizacionais e profissionais que podem, eventualmente, ser consideradas boas práticas, as quais carecem de ser testadas para ser validadas.

Os profissionais de saúde envolvidos na garantia dos direitos do cidadão e as relações que entre eles de estabelecem sugerem a existência de uma configuração

organizacional que interfere de modo positivo no perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.

2.3.2.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão

Para cumprimento do segundo objectivo deste estudo foi aplicada uma análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional e de gestão relativas à garantia dos direitos dos cidadãos, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,874) e do teste de *Bartlett* ($\chi^2 = 622,505$; gl66; $p = 0,000$), que informam sobre a adequação da matriz de 12*12 para a análise factorial.

Quadro 2.61 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão

Factores	Valores iniciais			Extracção da soma do quadrado dos pesos			Rotação da soma do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% acumul.	Total	% de Variância	% acumul.	Total	% de Variância	% acumul.
1	5,809	48,406	48,406	5,809	48,406	48,406	3,821	31,843	31,843
2	1,193	9,941	58,347	1,193	9,941	58,347	2,168	18,068	49,910
3	1,031	8,589	66,937	1,031	8,589	66,937	2,043	17,026	66,937
4	,859	7,161	74,097						
5	,685	5,711	79,808						
6	,585	4,876	84,684						
7	,456	3,796	88,481						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
12	,174	1,453	100,000						

Fonte: Inquérito

Para a extracção dos factores foi utilizado o critério de *Kaiser* (factores com valor próprio (*Eigenvalue*) maior que 1,00), observando-se que a hierarquia da importância das respostas expressas, de acordo com a análise factorial, se organiza segundo três principais factores, tendo sido extraídos três factores com valores próprios superiores a um.

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 12*3 sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de três factores com uma inércia total na ordem de 66,937% (quadro 2.61).

Quanto ao grau de concordância da representatividade da agregação das variáveis na solução factorial de três componentes, verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a que corresponde ao direito do utente poder aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada, com cerca de 77,8%, sendo a variável referente ao direito do utente poder ou não participar no ensino médico, após ter recebido informação prévia, a que comporta a menor qualidade de representação (49,9%) (quadro 2.62).

Quadro 2.62 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão

Direitos do cidadão Variáveis	Comunalidade
Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde	0,501
Existe gabinete do utente com horário expresso	0,680
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes	0,602
Existe livro de reclamações disponível e acessível	0,691
É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de um mês	0,541
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes	0,719
Os cidadãos escolhem livremente o seu médico de acordo com a sua preferência	0,768
É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico	0,751
O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada	0,778
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	0,771
O doente recebe informação prévia podendo ou não participar no ensino médico	0,499
É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções	0,732

Fonte: Inquérito

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 5,8, explicando por si só 48,406% da variância total, contribuíram as seguintes variáveis: o doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação; o doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada; é respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções; existe livro de reclamações disponível e acessível; é dada resposta a todas as reclamações no prazo

de um mês; o doente recebe informação prévia, podendo ou não participar no ensino médico (quadro 2.63).

Este factor contém em si elementos que sugerem a existência no Centro de Saúde de uma política de gestão dos direitos do cidadão orientada para a preservação da liberdade de escolha informada, a salvaguarda da dignidade humana, a garantia da privacidade da informação clínica e a defesa do direito do utente na participação da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o factor dos direitos de cidadania (quadro 2.63).

Quadro 2.63 Factores explicativos da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão

Direitos do Cidadão	Factores		
	1	2	3
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	0,852		
O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada	0,790		
É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções	0,777		
Existe livro de reclamações disponível e acessível	0,740		
É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de um mês	0,661		
O doente recebe informação prévia podendo ou não participar no ensino médico	0,509		
Os cidadãos escolhem livremente o seu médico de acordo com a sua preferência		0,835	
É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico		0,793	
Existe gabinete do utente com horário expresso			0,698
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes			0,682
Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde			0,655
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes			0,529

Fonte: Inquérito

A formação do segundo factor, com um valor próprio na ordem de 1,2 e explicando 9,941% da variância ainda não explicada, resultou da agregação das seguintes variáveis: os cidadãos escolhem livremente o seu médico de acordo com a sua preferência e é assegurada ao doente a possibilidade de mudar de médico. Este factor congrega em si os valores nucleares para o desenvolvimento de relações de confiança mútua entre utente e prestador de cuidados de saúde, essenciais numa relação com

carácter de agência de que se reveste, na maior parte das vezes, a prestação de serviços de saúde, pelo que este factor pode ser interpretado como o da liberdade de escolha.

Para a formação do terceiro factor, que detém um valor próprio na ordem de 1,031, explicando 8,589% da variância ainda não explicada, contribuiu a agregação das seguintes variáveis: existe gabinete do utente com horário expresso; existem orientações escritas para a resolução de incidentes e acidentes, erros e queixas dos utentes; estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde; existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes. Este factor reflecte a importância que tem a manutenção de relações de cordialidade entre utentes e profissionais no interior das organizações de saúde, pelo que pode ser interpretado como o da negociação/gestão de conflitos (quadro 2.63).

Como resultado da aplicação da análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão analítica direitos do cidadão, foram extraídos três factores principais, sendo o mais importante o representado pelo factor direitos de cidadania (DCI1), com média de *scores* de 21,7383 (variância total explicada 31,843%), sendo o factor negociação/gestão de conflitos (DCI3) o segundo mais importante, com média de *scores* de 12,8019 (variância total explicada 17,026%), seguido do factor liberdade de escolha (DCI2), com média de *scores* 6,9381 (variância total explicada 18,068%) (quadro 2.64).

Quadro 2.64 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
DCI1	21,7383	3,35716	7	24	107	Direitos de Cidadania
DCI2	6,938	1,48975	2	8	113	Liberdade de escolha
DCI3	12,8019	3,000925	4	16	106	Negociação/gestão de conflitos

Fonte: Inquérito

Síntese

A análise dos resultados fornecidos pela aplicação da análise factorial aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde mostra que existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade

organizacional dos Centros de Saúde em estudo, sendo estes resultados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Como resultado da aplicação da análise factorial foram extraídos três factores com valores próprios superiores a um e que explicam 66,937% da variância total dos dados iniciais, ficando por explicar cerca de 34% da variância dos dados, o que prova que existem outros factores que contribuem para as práticas organizacionais nos Centros de Saúde em estudo, na dimensão direitos do cidadão, que exercem influência sobre a qualidade organizacional mas que não foram identificadas pela análise factorial.

Porém, pode dizer-se que os três principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, cujo perfil é definido por uma componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos aos direitos de cidadania e que os profissionais de saúde consideram que apresenta os melhores atributos de qualidade que influenciam positivamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde, por uma segunda componente (factor 2) que agrega os atributos da qualidade relacionados com a liberdade de escolha e por uma terceira componente (factor 3) que agrega os atributos de qualidade organizacional relacionados com gestão de conflitos. Estes dados contribuem para a prossecução do **segundo objectivo** definido para este estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

2.3.2.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão

Para testar a **Hipótese 3** foi realizado o estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão direitos do cidadão, tendo como factores de influência as variáveis atributo que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente

quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças nas respostas expressas, ao nível de significância de 5%.

Com base nos dados fornecidos pelo teste verifica-se que as opiniões expressas pelos profissionais de saúde só apresentam diferenças estatisticamente significativas na questão relacionada com a existência de livro de reclamações [média de posições 62,50; ($\chi^2 = 6,610$; gl2; $p = 0,037$)], verificando-se serem os enfermeiros quem considera este atributo como tendo mais qualidade (quadro 2.65).

Quadro 2.65 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Direitos do cidadão						
Factor 1 Direitos de Cidadania	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	P
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	0,852	57,47	64,74	52,09	5,435	0,066
O doente pode aceitar ou recusar tratamento, após ter recebido informação adequada	0,790	55,59	64,21	54,33	3,994	0,136
É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções	0,777	54,19	51,41	58,80	1,221	0,543
Existe livro de reclamações, disponível e acessível	0,740	53,28	62,50	58,09	6,610	0,037
É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de um mês	0,661	51,20	58,86	57,63	1,840	0,397
O doente recebe informação prévia podendo ou não aceitar participar no ensino médico	0,509	52,07	61,23	54,70	1,937	0,380
Factor 2 Liberdade de Escolha						
Os cidadãos escolhem livremente o seu médico	0,835	57,24	56,22	58,95	0,172	0,917
É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico	0,793	60,83	57,01	53,64	1,411	0,494
Factor 3 Gestão de Conflitos						
Existe gabinete do utente com horário expresso	0,698	58,57	54,55	60,75	0,869	0,648
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes	0,682	52,71	50,08	61,54	3,143	0,208
Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de bases da Saúde	0,655	53,84	52,54	61,45	1,908	0,385
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes	0,529	56,04	55,50	60,71	0,810	0,667

N = 101; gl2

Fonte: Inquérito

Os resultados observados revelam a existência de um consenso alargado entre os diferentes grupos profissionais no que toca à política seguida pelos Centros de Saúde relativa à garantia dos direitos do cidadão no interior das organizações de saúde, sugerindo os dados uma abertura das instituições para novas formas de organização nas quais o utente é percebido como um cidadão de plenos direitos, com poder de influência

na tomada de decisão sobre os aspectos relativos ao seu estado de saúde/doença. Esta promoção do “empowerment” do utente enfatiza a necessidade deste ser considerado um parceiro insubstituível na organização e gestão dos serviços de saúde, sendo hoje um dos aspectos mais relevantes de qualquer sistema de gestão da qualidade.

Os dados do quadro 2.66, relativos à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, tendo como variável independente a antiguidade na profissão mostram também a existência de consenso nas opiniões expressas pelos profissionais sobre os atributos da qualidade organizacional relativa à garantia dos direitos do cidadão nos centros de saúde, diferindo apenas no atributo relativo à possibilidade de aceitação ou recusa por

Quadro 2.66 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão direitos do cidadão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Dimensão direitos do cidadão	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Factor 1 Direitos de cidadania							
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	0,852	56,82	66,24	60,38	44,54	10,90	0,012
O doente pode aceitar ou recusar tratamento, após ter recebido informação adequada	0,790	55,53	63,89	59,90	49,33	5,306	0,151
É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções	0,777	59,63	59,46	58,13	52,26	1,680	0,641
Existe livro de reclamações, disponível e acessível	0,740	59,55	62,50	57,63	52,17	5,725	0,126
É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de um mês	0,661	57,83	57,72	58,09	48,61	2,430	0,488
O doente recebe informação prévia podendo ou não aceitar participar no ensino médico	0,509	65,53	51,06	59,36	46,14	5,845	0,119
Factor 2 Liberdade de Escolha							
Os cidadãos escolhem livremente o seu médico	0,835	59,25	54,78	59,62	55,09	0,692	0,875
É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico	0,793	67,83	58,41	56,98	46,91	6,585	0,086
Factor 3 Gestão de Conflitos							
Existe gabinete do utente com horário expresso	0,698	51,34	64,81	61,24	49,02	5,029	0,170
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes	0,682	61,47	55,81	52,70	53,87	1,151	0,765
Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de bases da Saúde	0,655	65,56	55,38	56,03	48,84	3,040	0,386
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes	0,529	43,89	63,00	61,89	53,74	6,965	0,073

N = 101; gl₃

Fonte: Inquérito

parte do doente para participar em actividades de investigação. Pela análise dos dados constata-se ser o grupo que detém entre 10 e 19 anos de antiguidade na profissão aquele

que percepção a existência deste atributo como sendo de maior qualidade [média de posições 66,24; ($\chi^2 = 10,90$; gl3; $p = 0,012$)], o que eventualmente poderá estar relacionado com o facto deste grupo deter experiência profissional suficiente para desenvolver projectos de investigação no interior das organizações de saúde, valorizando o consentimento informado dos utentes como uma exigência legal e um valor ético inalienável. Verifica-se assim que o grupo profissional dos 10-19 anos é o que melhor percepção como sendo de qualidade os aspectos da organização relativos aos direitos do cidadão (factor 1) (quadro 2.66).

Síntese

Os atributos da qualidade relativos aos direitos do cidadão foram muito valorizados pelos profissionais de saúde. As opiniões expressas mostram uma ampla concordância com as políticas e práticas seguidas pelos Centros de Saúde em relação a esta temática, sendo a diferença de percepção significativa apenas em relação a um único atributo de qualidade, quando se considera a situação profissional, o mesmo se verificando quando se considera como variável de influência a antiguidade na profissão. Os resultados obtidos contribuem para a prossecução do **terceiro objectivo** definido para este estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos de qualidade organizacional nos Centros de Saúde em estudo.**

2.3.2.3 Estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes na dimensão direitos do cidadão

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, segundo a dimensão direitos do cidadão, e tendo como elementos de influência as variáveis atributo que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo, local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão), procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos masculino e feminino e entre os grupos centro de saúde e extensão de saúde (variáveis

nominais do tipo dicotômico), assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%.

Da análise comparativa das respostas expressas pelos dois grupos, masculino e feminino, constata-se que os resultados da estatística do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os elementos dos dois grupos.

Quadro 2.67 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão direitos do cidadão (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Dimensão Direitos do Cidadão (Blocos Factoriais)		Direitos Cidadania_rec	Liberdade Escolha_rec	Gestão Conflitos_rec
		N 107	N113	N106
Most Extreme Differences	Absolute	0,000	0,016	0,027
	Positive	0,000	0,000	0,000
	Negative	0,000	-0,016	-0,027
Kolmogorov-Smirnov Z		0,002	0,074	0,125
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

Assim, observa-se que, para todos os factores, tanto os valores da estatística de teste como os valores de significância levam à não rejeição da hipótese nula [(direitos de cidadania_rec: K-S Z = 0,002; p = 1,000); (liberdade de escolha_rec: K-S Z = 0,074; p = 1,000); (gestão de conflitos_rec: K-S Z = 0,125; p = 1,000);], ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional dos três Centros de Saúde entre homens e mulheres, não sendo por isso a variável sexo um elemento de influência sobre a avaliação da qualidade organizacional dos Centros de Saúde relacionada com a garantia dos direitos do cidadão (quadro 2.67).

De igual modo, a análise comparativa das respostas expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, mostra que os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional: [(direitos de cidadania_rec: K-S Z = 0,040; p = 1,000); (liberdade de escolha_rec: K-S Z = 0,109; p = 1,000); (gestão de conflitos_rec:

K-S $Z = 0,563$; $p = 0,909$]. Face a estes valores, pode dizer-se que há evidência estatística que permite afirmar que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, não se podendo rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5% (quadro 2.68).

Quadro 2.68 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão direitos do cidadão (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Dimensão Direitos do Cidadão (Blocos Factoriais)		Direitos Cidadania_rec	Liberdade Escolha_rec	Gestão Conflitos_rec
		N 107	N113	N106
Most Extreme Differences	Absolute	0,008	0,021	0,110
	Positive	0,000	0,000	0,110
	Negative	-0,008	-0,021	0,000
Kolmogorov-Smirnov Z		0,040	0,109	0,563
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	0,909

Fonte: Inquérito

Para realizar o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis atributo grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, procedeu-se à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.69 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupos etários, na dimensão direitos do cidadão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	p
Direitos de Cidadania_rec	56,00	56,00	52,91	52,43	2,483	0,478
Liberdade de escolha_rec	62,00	55,48	55,60	58,47	2,494	0,476
Gestão de Conflitos_rec	53,76	55,58	52,43	53,38	0,530	0,912

Fonte: Inquérito

Os valores das estatísticas do teste e dos correspondentes valores de significância sugerem não haver diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os grupos etários: [(direitos de cidadania_rec $\chi^2 = 2,483$; $gl3 < 7,81$;

$p = 0,478 > 0,05$); (liberdade de escolha_rec. $\chi^2 = 2,494$; $gl3 < 7,81$; $p = 0,478 > 0,05$); (gestão de conflitos_rec. $\chi^2 = 0,530$; $gl3 < 7,81$; $p = 0,912 > 0,05$)] (quadro 2.69).

Tanto os valores do Qui-Quadrado como os valores da significância não permitem rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%. Face aos resultados obtidos, pode afirmar-se haver evidência estatística que mostra que o grupo etário não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam o perfil da organização e gestão dos Centros de Saúde em análise.

De igual modo, os dados do quadro 2.70 mostram que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional.

Quadro 2.70 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão direitos do cidadão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Direitos de cidadania_rec	52,94	56,00	53,11	2,006	0,367
Liberdade de Escolha_rec	57,16	56,05	57,76	0,224	0,894
Gestão de Conflitos_rec	51,97	54,11	54,27	0,369	0,831

Fonte: Inquérito

Tanto os valores da estatística de teste como os valores das significâncias não permitem rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%: [(direitos de cidadania_rec $\chi^2 = 2,006$; $gl2 < 5,99$; $p = 0,0,367 > 0,05$); (liberdade de escolha_rec $\chi^2 = 0,224$; $gl2 < 5,99$; $p = 0,894 > 0,05$); (gestão de conflitos_rec $\chi^2 = 0,0,369$; $gl2 < 5,99$; $p = 0,831 > 0,05$)].

Conclui-se assim que a profissão não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade apesar de se ter constatado empiricamente que a profissão exerce influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde dos três Centros de Saúde em estudo.

Quanto à antiguidade na profissão, os dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade quando se considera aquela variável como elemento de influência.

Quadro 2.71 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão direitos do cidadão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Direitos de Cidadania_rec.	56,00	56,00	54,81	48,70	7,757	0,051
Liberdade de Escolha_rec.	62,00	57,81	54,47	57,09	2,913	0,405
Gestão de Conflitos_rec.	53,38	57,79	53,98	47,95	3,700	0,296

Fonte: Inquérito

Pela análise do quadro 2.71 verifica-se que tanto os valores da estatística de teste, a que correspondem valores de Qui-Quadrado inferiores ao valor crítico da distribuição (χ^2 ; gl3; 0,05) [7,81; + ∞ [para todos os factores, assim como os valores das significâncias [(p > 0,05) superiores ao valor de significância do investigador] são a favor da não rejeição da hipótese nula [(aprendizagem organizacional_rec: $\chi^2 = 7,299 < 7,81$; p = 0,063 > 0,05); (organização do trabalho_rec: $\chi^2 = 5,454 < 7,81$; p = 0,141 > 0,05); (responsabilidade pessoal_rec; $\chi^2 = 5,230 < 7,81$; p = 0,156 > 0,05); (relações pessoais_rec: $\chi^2 = 3,916 < 7,81$; p = 0,271 > 0,05); (gestão do pessoal_rec: $\chi^2 = 0,386 < 7,81$; p = 0,943 > 0,05)], ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que a antiguidade na profissão não influencia a percepção dos factores caracterizadores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, apesar de se ter verificado a sua influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade quando analisados isoladamente.

Síntese

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo as variáveis de caracterização dos profissionais de saúde sexo e local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, na dimensão direitos do cidadão, não revelou valores significativos (p > 0,05), pelo que, em nenhum dos casos estudados, se pode rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, o que leva a concluir que as variáveis de caracterização não influenciam a percepção dos profissionais em relação

aos factores de qualidade, não sendo possível a confirmação da **Hipótese 3** a partir dos resultados fornecidos por estes estudos.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão direitos do cidadão.

2.3.2.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão direitos do cidadão

Para identificar quais os atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão analítica direitos do cidadão, procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.72 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centro de saúde, na dimensão direitos do cidadão (estudo comparativo de *Friedman*)

Direitos do Cidadão	N	Média	Média posições	χ^2	p
Factor 1 Direitos de Cidadania (gl5)				86,655	0,000
O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação	107	3,64	3,54		
O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada	107	3,71	3,64		
É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções	107	3,72	3,67		
Existe livro de reclamações disponível e acessível	107	3,87	4,02		
É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de um mês	107	3,59	3,42		
O doente recebe informação prévia podendo ou não participar no ensino médico	107	3,21	2,71		
Factor 3 Negociação/Gestão de Conflitos (gl3)				16,375	0,001
Existe gabinete do utente com horário expresso	106	3,24	2,51		
Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes	106	3,08	2,37		
Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde	106	3,01	2,32		
Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes	106	3,48	2,79		

Fonte: Inquérito

Os resultados do teste de *Friedman* informam que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Considerando os dados do bloco factorial direitos de cidadania (factor 1), verifica-se que a análise de 107 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,815$; gl7; $p = 0,000$) o que leva à rejeição da hipótese nula, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [existe livro de reclamações disponível e acessível (média de posições 4,02); é respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções (média de posições 3,67); o doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada (média de posições 3,64)]. Porém, para os profissionais o atributo que mais influencia a qualidade organizacional e de gestão é a existência de livro de reclamações disponível e acessível (média de posições 4,02). Mas quando se analisam os dados relativos à gestão de conflitos (factor 2), verifica-se que a análise de 106 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 142,532$; gl5; $p = 0,000$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo neste caso o aspecto que os inquiridos consideram exercer maior influência na qualidade organizacional a existência de mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes (média de posições 2,79), seguindo-se-lhe a existência de gabinete do utente com horário expresso (média de posições 2,51) (quadro2.72).

Síntese

Os resultados fornecidos pelo estudo comparativo de *Friedman* sugerem a existência de atributos de qualidade organizacional que os profissionais valorizam de modo diferente, fornecendo evidência empírica de que há diferenças significativas no modo como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, como tinha sido demonstrado tanto pela análise descritiva dos dados, como pela análise factorial, como pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

Com base nos valores do teste e nos valores das médias de posições (*Ranks*) pode dizer-se que, na dimensão direitos do cidadão, os atributos de qualidade

organizacional relacionados com os direitos do cidadão (confidencialidade dos dados clínicos e pessoais e existência de livro de reclamações) se constituem como boas práticas na organização e gestão dos serviços de saúde nos centros de saúde em análise.

2.3.3 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde (análise descritiva dos dados)

A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem, quer por meio da definição de políticas públicas favoráveis à saúde, quer na preservação dos recursos naturais e na criação de ambientes que apoiem e facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis, quer no reforço e incentivo dados à participação activa e empenhada dos indivíduos e comunidades na criação de condições que lhes permitam desfrutar de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida, quer no desenvolvimento de competências individuais que capacitem as pessoas para lidar com os desafios do dia-a-dia e com as situações de doença crónica, de forma mais equilibrada e eficaz, quer ainda na reorientação dos serviços de saúde por forma a aumentar e a rentabilizar a sua capacidade de resposta às necessidades da população e a adoptar formas pró-activas de promoção da saúde das pessoas e das comunidades (WHO 1986).

Neste contexto, a promoção da saúde é vista como uma componente essencial na organização dos serviços de saúde. A assunção de que a saúde não está apenas relacionada com a ausência de doença, mas tem o seu conteúdo ligado à qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos, leva à aceitação de que a saúde é promovida sempre que sejam criados ambientes de apoio físico, social, político, económico e cultural.

Assim, o moderno conceito de promoção da saúde implica o desenvolvimento de actividades voltadas para os grupos sociais e para os indivíduos, por meio de políticas públicas saudáveis e do esforço da comunidade dispendido na busca de melhores condições de saúde.

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Estes serviços têm de adoptar um amplo mandato que seja sensível e que respeite

as especificidades culturais. Devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o sector da saúde e os sectores social, político, económico e ambiental (WHO 1986). Os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade na promoção da saúde, que decorre não só da especificidade da sua intervenção mas também das múltiplas oportunidades de contacto directo dos seus profissionais com as pessoas que a eles acorrem e com as comunidades que servem. Trata-se de um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa capacitá-las para o desenvolvimento de recursos individuais e colectivos com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (WHO 1986; Rodrigues et al 2005).

É na área da promoção da saúde que o “marketing” da saúde tem um papel preponderante. Levar o cidadão a adoptar estilos de vida saudáveis, por meio da adopção de comportamentos, atitudes e acções que conduzam ao aumento dos níveis de saúde, é uma das suas funções. Uma comunidade saudável utiliza menos os escassos recursos disponíveis, contribuindo deste modo para que as organizações de saúde aumentem a sua eficiência.

Na definição proposta por Carvalho (2005), o “marketing” é concebido como “a ciência que estuda, nos diversos contextos ambientais dos mercados, as formas como se criam, mantêm ou desenvolvem relacionamentos transaccionais, internos e externos, pelos quais as entidades individuais e colectivas procuram satisfazer as suas necessidades e desejos” (Carvalho 2005: 31). Esta definição serve perfeitamente os interesses dos sistemas de saúde, porque abrange tanto a oferta como a procura e enfatiza os relacionamentos transaccionais que satisfazem as necessidades de todas as partes envolvidas.

Os atributos de qualidade organizacional relativos à dimensão promoção da saúde foram analisados segundo dois critérios: políticas favoráveis à saúde e o desenvolvimento de programas locais.

A matriz dos dados da dimensão promoção da saúde é composta por 9 variáveis e 115 indivíduos e traduz a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionada com a promoção da saúde dos cidadãos e a capacidade de intervenção dos Centros de Saúde na comunidade.

Quadro 2.73 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde (análise descritiva dos dados)

Dimensão Promoção da Saúde	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				Desvio padrão
Política Favorável à Saúde	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	
O CS promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	14,4	19,8	35,1	30,6	2,82	3,00	3	1,029
O CS colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos	2,6	7,0	28,1	62,3	3,50	4,00	4	0,744
O CS faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	8,2	24,5	40,0	27,3	2,86	3,00	3	0,913
Há participação do CS em posturas municipais sobre saúde	3,6	5,5	37,3	53,6	3,41	4,00	4	0,758
O CS tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	8,9	11,6	35,7	43,8	3,14	3,00	4	0,948
Desenvolvimento de Programas Locais								
Existem actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos	4,3	3,5	32,2	60,0	3,48	4,00	4	0,756
O CS dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção de saúde e prevenção da doença	1,7	8,7	27,0	62,6	3,50	4,00	4	0,730
Existe divulgação à população de informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença	7,8	25,2	34,8	32,2	2,91	3,00	3	0,942
O CS colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população	0,9	8,8	34,2	56,1	3,46	4,00	4	0,693

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não realizado
 PR = Parcialmente Realizado
 QR = Quase Realizado
 TR = Totalmente Realizado

A exploração dos dados desta matriz revelou que foram assinalados pelos profissionais de saúde como sendo de boa qualidade (escala 4) os seguintes atributos: o Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde e prevenção da doença (62,6%); o Centro de Saúde colabora com instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (62,3%); existem actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos (60%); há participação do Centro de Saúde em posturas municipais sobre saúde (53,6%); o Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade (43,8%).

A análise das respostas expressas pelos profissionais de saúde sobre as políticas desenvolvidas pelos centros de saúde, no que respeita à sua intervenção na comunidade, mostra que os aspectos menos conseguidos se relacionam com a acção desenvolvida

pelo Centro de Saúde no sentido de promover o envolvimento e participação dos cidadão e das instituições na promoção da saúde, considerando 14,4% dos inquiridos este aspecto não realizado, enquanto 19,8% o consideram parcialmente realizado e apenas 30,6% o percebem como totalmente realizado (quadro 2.73).

Síntese

O modo como os profissionais de saúde se expressam sugere a existência de atributos de qualidade organizacional relacionados com a promoção da saúde que são mais valorizados do que outros. Tendo como referência os valores médios verifica-se que os atributos mais valorizados estão relacionados com a existência no Centro de Saúde de recursos para a divulgação da promoção da saúde e para a prevenção da doença (média 3,50), assim com a colaboração do Centro de Saúde com instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde (média 3,50) e com as actividades de educação para a saúde, orientadas para grupos específicos (média 3,48), estando os piores atributos relacionados com a capacidade do centro de saúde para a mobilização, dinamização e envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde (média 2,82), com a recolha de informação sobre a saúde da população (média 2,86) e com a divulgação de informação sobre promoção da saúde à população (média 2,91).

Estes dados sugerem a existência de relações entre os órgãos de gestão dos Centros de Saúde, os profissionais envolvidos na promoção da saúde e os órgãos responsáveis pelas instituições locais que permitem o desenvolvimento e a introdução de medidas de promoção da saúde junto da comunidade, mas cujos efeitos práticos se não fazem sentir devido à dificuldade de motivação da população e das instituições para adesão às referidas medidas de promoção da saúde.

2.3.3.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde

Para dar cumprimento ao segundo objectivo definido para este estudo aplicou-se uma análise de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da

qualidade organizacional e de gestão relativas à promoção da saúde dos cidadãos, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,858) e do teste de *Bartlett* ($\chi^2 = 461,248$; gl36; $p = 0,000$), que informam sobre a adequação da matriz de 9*9 para a análise factorial, e utilizando o critério de *Kaiser* para a extracção dos factores (factores com valor próprio (*Eigenvalue*) maior que 1,00), tendo-se observado que a hierarquia da importância das respostas expressas, de acordo com a análise factorial, se organiza segundo dois principais factores. Assim, foram extraídos dois factores com valores próprios superiores a um.

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 9*2 sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de dois factores com uma inércia total na ordem de 66,713% (quadro 2.74).

Quadro 2.74 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde

Factores	Valores próprios iniciais			Extracção da soma do quadrado dos pesos			Rotação da soma do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% acumul.	Total	% de Variância	% acumul.	Total	% de Variância	% acumul.
1	4,779	53,098	53,098	4,779	53,098	53,098	3,241	36,012	36,012
2	1,225	13,615	66,713	1,225	13,615	66,713	2,763	30,701	66,713
3	,655	7,276	73,990						
4	,578	6,419	80,409						
5	,514	5,711	86,120						
6	,442	4,909	91,028						
7	,356	3,957	94,986						
8	,236	2,617	97,603						
9	,216	2,397	100,000						

Fonte: Inquérito

Quanto ao grau de concordância da representatividade da agregação das variáveis na solução factorial de dois componentes verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a que corresponde à existência no Centro de Saúde de material de divulgação sobre promoção da saúde e prevenção da doença com cerca de 82,6%, sendo a variável referente à divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença a que comporta a menor qualidade de representação (54,7%) (quadro 2.75).

Quadro 2.75 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde

Promoção da saúde Variáveis	Comunalidade
O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	0,596
O Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos)	0,739
O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	0,783
Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde	0,601
O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	0,571
Existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos	0,741
O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre a promoção da saúde e prevenção da doença	0,826
Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença	0,547
O Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população	0,600

Fonte: Inquérito

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 4,8, explicando por si só 36,804% da variância total, contribuíram as seguintes variáveis: o Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação; há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde; o Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade; o Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde; o Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população; existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença.

A análise dos pesos das variáveis neste factor (quadro 2.76) sugere que existem alguns elementos favoráveis à existência nos Centros de Saúde de uma certa capacidade de intervenção na comunidade que visa a recolha de informação sobre a saúde da população, à participação com as estruturas locais na promoção da saúde e na criação de ambientes de apoio, ao envolvimento dos cidadãos na promoção da saúde e prevenção

da doença e à disseminação de informação junto das populações que lhes permita desfrutarem de uma vida mais saudável, intervindo sobre os determinantes da doença e sobre a manutenção e melhoria dos seus níveis de saúde. Por estas razões atribuiu-se a este factor a designação de políticas de promoção da saúde.

Quadro 2.76 Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade dos C saúde
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde

Dimensão Promoção da Saúde	Factores	
	1	2
O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	0,885	
Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde	0,738	
O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	0,701	
O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	0,682	
O Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos	0,678	
Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença	0,572	
O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre a promoção da saúde e prevenção da doença		0,896
Existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos		0,840
O Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população		0,699

Fonte: Inquérito

Para a formação do segundo factor, que detém um valor próprio na ordem de 1,2, explicando 13,615% da variância ainda não explicada, contribuiu a agregação das seguintes variáveis: o Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde; existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos; o Centro de Saúde colabora com programas locais e regionais que divulga adequadamente junto das populações. Este factor contém em si elementos que sugerem a existência nos Centros de Saúde de estruturas de apoio e desenvolvimento de acções no sentido da educação para a saúde. Em função das variáveis agregadas este factor pode ser interpretado como o da política de educação para a saúde.

Em resultado da aplicação da análise de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na

dimensão analítica promoção da saúde, foram extraídos dois factores principais, sendo o mais importante o representado pelo factor política de promoção da saúde (PSA1), com média de *scores* de 18,5728 (variância total explicada 36,012%), detendo o factor política de educação para a saúde (PSA2) uma média de *scores* de 10,4474% (variância total explicada 30,701%) (quadro 2.77).

Quadro 2.77 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
PSA1	18,5728	4,1858	7	24	103	Política de promoção da saúde
PSA2	10,4474	1,87717	3	12	114	Política de educação para a saúde

Fonte: Inquérito

Síntese

Os resultados da aplicação da análise factorial aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de saúde mostram que existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo**, tendo sido identificados dois factores com valores próprios superiores a um e que explicam 66,713% da variância total dos dados iniciais, ficando por explicar cerca de 33% da variância dos dados, o que prova que existem outros factores nos Centros de Saúde em estudo que exercem influência sobre a qualidade organizacional mas que não foram identificados pela análise factorial.

Contudo, pode dizer-se que os dois principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão promoção da saúde, cujo perfil é definido por uma forte componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos à recolha de informação sobre a saúde da população, à participação do centro de saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde, à intervenção na criação de ambientes saudáveis, ao envolvimento das

peças e instituições na promoção da saúde, à colaboração com as instituições locais na promoção da saúde da população e à divulgação de informação relacionada com a promoção da saúde; e por uma segunda componente (factor 2) que agrega os atributos de qualidade relacionados com a existência de material de divulgação da promoção da saúde, com a existência de actividades de educação para a saúde e com a colaboração com programas de saúde locais e regionais.

2.3.3.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde

Para prosseguir o terceiro objectivo definido para este estudo, foi realizado o estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças nas respostas expressas, ao nível de significância de 5%.

Com base nos dados fornecidos pela análise de variância verifica-se a existência de diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre alguns dos atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionados com a promoção da saúde, dados estes a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a profissão e a antiguidade na profissão.**

Analisando a avaliação da qualidade acerca da intervenção do Centro de Saúde na criação de ambientes saudáveis na comunidade, são os enfermeiros quem melhor percebe este atributo como sendo de qualidade [média de posições 67,50; ($\chi^2 = 9,138$; gl2; $p = 0,001$)], o mesmo sucedendo em relação aos atributos de qualidade o Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de

promoção da saúde dos cidadãos [média de posições 64,92; ($\chi^2 = 8,811$; gl2; $p = 0,002$)], existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença [média de posições 74,74; ($\chi^2 = 15,841$; gl2; $p = 0,000$)], o Centro de Saúde dispõem de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde e prevenção da doença [média de posições 69,47; ($\chi^2 = 14,059$; gl2; $p = 0,001$)], existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos [média de posições 68,45; ($\chi^2 = 10,114$; gl2; $p = 0,006$)], o Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais que divulga adequadamente junto da população [média de posições 64,88; ($\chi^2 = 6,777$; gl2; $p = 0,028$)] (quadro 2.78).

Quadro 2.78 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Promoção da saúde			Enfermeiro	Administrativo	χ^2	P
Factor 1 Política de Promoção da Saúde	Pesos	Médico				
O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	0,885	56,97	57,06	52,63	0,521	0,777
Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde	0,738	51,07	58,01	58,01	1,313	0,519
O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	0,701	46,27	67,50	55,75	9,138	0,010
O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	0,682	47,86	58,84	61,00	3,806	0,149
O Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos	0,678	46,19	64,92	60,63	8,811	0,002
Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde	0,572	50,89	74,74	48,68	15,841	0,000
Factor 2 Política de Educação para a Saúde						
O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde	0,896	44,84	69,47	59,28	14,059	0,001
Existem actividades de educação para a saúde no Centro de saúde dirigidas a grupos específicos	0,840	47,23	68,45	58,04	10,114	0,006
O Centro de saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população	0,699	47,54	64,88	59,45	6,777	0,034

N = 103; gl3

Fonte: Inquérito

Dos resultados observados ressalta que é o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como sendo de melhor qualidade os aspectos relacionados com a política de promoção da saúde (factor 1), assim como os atributos da qualidade relativos à educação para a saúde (factor 2), o que está em perfeita consonância com as atribuições do grupo profissional de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo hoje defendida a criação da figura jurídica do enfermeiro de família à semelhança do que sucedeu, outrora, com a criação da figura do médico de família. Os princípios

subjacentes a esta pretensão radicam na necessidade de reconhecer a importância do papel da enfermagem junto das comunidades locais, tanto no que se refere ao desenvolvimento de actividades de promoção e educação para a saúde como no que respeita à prestação de cuidados de saúde preventivos e curativos e à elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Quadro 2.79 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde, segundo a antiguidade na profissão (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 1 Política de Promoção da Saúde	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	0,885	63,41	48,63	57,77	53,33	2,800	0,423
Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde	0,738	53,06	51,30	59,80	53,64	1,833	0,608
Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	0,701	65,50	60,57	50,72	56,37	3,633	0,304
O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	0,682	74,89	49,40	53,58	53,30	8,397	0,038
O centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos	0,678	61,68	58,24	56,06	56,00	0,613	0,893
Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde	0,572	63,61	67,94	56,57	44,57	7,442	0,059
Factor 2 Política de Educação para a Saúde							
O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde	0,896	62,16	68,06	54,43	49,89	6,315	0,097
Existem actividades de educação para a saúde no Centro de saúde dirigidas a grupos específicos	0,840	64,26	60m44	54,38	57,20	1,827	0,609
O Centro de saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população	0,699	55,39	60,70	55,74	58,91	0,639	0,888

N = 103; g13

Fonte: Inquérito

Os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, segundo a variável antiguidade na profissão, mostram que as opiniões expressas pelos inquiridos apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas na questão relacionada com a capacidade do Centro de saúde para promover a mobilização, dinamização e envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde [média de posições 74,89; ($\chi^2 = 8,397$; g13; p = 0,038)], verificando-se serem os profissionais com nove ou menos anos de antiguidade na profissão quem melhor percebem este aspecto como sendo de qualidade (quadro 2.79).

Síntese

Os resultados obtidos revelam que existem diferenças significativas na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, encontrando-se tais diferenças relacionadas com a situação profissional e com a antiguidade na profissão, não sendo por isso possível a definição de um perfil homogêneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com os diversos factores sócio-organizacionais, como a cultura existente nos Centros de Saúde, os modelos de liderança, os modelos de gestão, os valores e as representações simbólicas, ou mesmo com o desenvolvimento de competências humanas, relacionais e sociais.

2.3.3.3 Estudo comparativo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes, na dimensão promoção da saúde

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão analítica promoção da saúde, tendo como elementos de influência as variáveis atributo que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%.

Da análise comparativa das respostas expressas pelos profissionais de saúde constata-se a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os elementos do sexo masculino e os do sexo feminino.

Para ambos os factores, tanto os valores da estatística de teste como os valores de significância levam à não rejeição da hipótese nula [(política de promoção da saúde_rec: K-S $Z = 0,453$; $p = 0,987$); (política de educação para a saúde_rec: K-S $Z = 0,146$; $p = 1,000$)], ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional dos três Centros de Saúde entre homens e mulheres, não sendo por isso a variável sexo

um elemento de influência sobre a percepção dos factores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde relacionada com a promoção da saúde (quadro 2.80).

Quadro 2.80 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão promoção da saúde (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Promoção da Saúde (Blocos Factoriais)		Política Promoção da Saúde_rec	Política Educação para a Saúde_rec
		N 103	N 114
Most Extreme Differences	Absolute	0,098	0,031
	Positive	0,000	0,000
	Negative	-0,098	-0,031
Kolmogorov-Smirnov Z		0,453	0,146
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,987	1,000

Fonte: Inquérito

A análise comparativa das respostas expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, também sugere a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional: [(política de promoção da saúde_rec: K-S Z = 0,253; p = 1,000); (política de educação para a saúde_rec: K-S Z = 0,332; p = 1,000)].

Quadro 2.81 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão promoção da saúde (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Promoção da Saúde (Blocos Factoriais)		Política Promoção Saúde_rec	Política Educação para a Saúde_rec
		N 103	N 114
Most Extreme Differences	Absolute	0,050	0,063
	Positive	0,050	0,000
	Negative	0,000	-0,063
Kolmogorov-Smirnov Z		0,253	0,332
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000

Fonte: Inquérito

Os resultados obtidos informam que há evidência estatística que permite afirmar que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, pelo que se não pode rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, não sendo o local de trabalho elemento de influência sobre o modo como os

profissionais percebem os factores de qualidade que caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de promoção da saúde nos Centros de Saúde em estudo (quadro 2.81).

Para o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis atributo grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, procedeu-se à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.82 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário, na dimensão promoção da saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Dimensão promoção da saúde Factor	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	P
Política promoção saúde_rec	53,78	54,66	49,79	53,57	2,076	0,557
Política educação para a saúde_rec	60,00	60,00	54,72	60,00	5,759	0,124

Fonte: Inquérito

Tanto os valores das estatísticas do teste como os correspondentes valores de significância indicam que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os grupos etários [(política de promoção da saúde_rec $\chi^2 = 2,076$; gl3; p = 0,478); (política de educação para a saúde_rec. $\chi^2 = 5,759$; gl3; p = 0,478)], não sendo possível a rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%. Face aos resultados obtidos pode afirmar-se haver evidência estatística que mostra que a idade não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam o perfil da organização e gestão dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em análise, na dimensão promoção da saúde (quadro 2.82).

De modo idêntico, os dados do quadro 2.83 mostram que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional.

Tanto os valores da estatística de teste como os valores das significâncias são a favor da não rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5% [(política de promoção da saúde_rec $\chi^2 = 2,006$; gl2 < 5,99; p = 0,367 > 0,05); (política de educação para a saúde_rec $\chi^2 = 0,224$; gl2 < 5,99; p = 0,894 > 0,05); (gestão de conflitos_rec $\chi^2 = 0,0369$; gl2 < 5,99; p = 0,831 > 0,05)], concluindo-se não ser a profissão um

elemento de influência sobre o modo como os profissionais dos Centros de Saúde percebem os factores de qualidade organizacional.

Quadro 2.83 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão promoção da saúde
(análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Política de promoção da saúde_rec	49,64	55,57	55,57	3,064	0,216
Política de educação para a saúde_rec	53,67	60,00	58,58	5,913	,052

Fonte: Inquérito

Os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram também que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade quando se considera a variável de caracterização antiguidade na profissão.

Quadro 2.84 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão promoção da saúde
(análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Política de promoção da saúde_rec	57,00	57,00	52,21	47,64	3,259	0,353
Política de educação para a saúde_rec	60,00	60,00	56,28	55,04	3,552	0,314

Fonte: Inquérito

Tanto os valores da estatística de teste, a que correspondem valores de Qui-Quadrado inferiores ao valor crítico da distribuição (χ^2 ; gl3; 0,05) [7,81; + ∞ [para todos os factores, como os valores das significâncias [(p > 0,05) superiores ao valor de significância do investigador] são a favor da não rejeição da hipótese nula [(política de promoção da saúde_rec: $\chi^2 = 3,259 < 7,81$; p = 0,353 > 0,05); (política de educação para a saúde_rec: $\chi^2 = 3,552 < 7,81$; p = 0,314 > 0,05)], ficando estabelecido, ao nível de significância de 5% que a antiguidade na profissão não influencia a percepção dos profissionais sobre os factores caracterizadores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, apesar de se ter verificado a sua influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade quando analisados isoladamente (quadro 2.84).

Síntese

O estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos profissionais de saúde sexo e local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, na dimensão promoção da saúde, não revelou valores significativos ($p > 0,05$), pelo que em nenhum dos casos estudados se pode rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, o que leva a concluir que as variáveis de caracterização não influenciam a percepção dos profissionais em relação aos factores de qualidade organizacional.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão promoção da saúde.

2.3.3.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão promoção da saúde

Para analisar quais são os factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão promoção da saúde, procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de qualquer hierarquia de ordem dos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

Os resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostram que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Assim, considerando os dados do bloco factorial política de promoção da saúde (factor 1) verifica-se que a análise de 103 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 98,380$; gl5; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [o Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (média de posições 4,34); há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde (média de posições 4,09)].

Estes são os aspectos que os profissionais consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional e de gestão dos serviços de saúde relacionados com a política de promoção da saúde (quadro 2.85).

Quadro 2.85 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde (estudo comparativo de *Friedman*)

Dimensão Promoção da Saúde	N	Média	Média posições	χ^2	P
Factor 1 Política de promoção da saúde (gl5)				98,380	0,000
O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação	103	2,84	2,95		
Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde	103	3,38	4,09		
O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade	103	3,14	3,60		
O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde	103	2,80	2,88		
O Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos	103	3,49	4,34		
Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença	103	2,93	3,15		
Factor 2 Política de Educação para a Saúde (gl2)				3,338	0,188
O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação que disponibiliza sobre a promoção da saúde e prevenção da doença	114	3,51	2,04		
Existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos	114	3,48	2,04		
O Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população	114	3,46	1,93		

Fonte: Inquérito

Os resultados do teste de *Friedman*, baseados em 114 casos válidos, relativos à política de educação para a saúde (factor 2), apresentam um valor não significativo ($\chi^2 = 3,38$; gl2; p = 0,188), levando à não rejeição da hipótese nula.

Síntese

Os resultados fornecidos pelo estudo comparativo de *Friedman*, para além de não refutarem a existência de atributos da qualidade organizacional que os profissionais valorizam de modo diferente, fornecem evidência empírica de que há diferenças significativas no modo como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, como tinha sido demonstrado quer pela análise descritiva dos dados, quer pela análise de componentes principais, quer ainda pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

2.3.4 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise descritiva dos dados)

A exploração dos dados sobre a prestação de cuidados de saúde foi feita com base em sete critérios: acessibilidade, cuidados domiciliários, cuidados continuados, comunicação com profissionais e utentes, normas de orientação, política de prescrição de fármacos e meios complementares de diagnóstico e registos clínicos.

A matriz dos dados da dimensão prestação de cuidados de saúde é composta por 48 variáveis e 115 indivíduos e traduz a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionada com a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

a) Estudo da percepção da qualidade organizacional relativa à acessibilidade a cuidados de saúde

A acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde tem sido entendida como um problema sério e de difícil resolução, sendo por vezes considerada um tema incómodo e controverso. A dificuldade de acesso tem sido reconhecida como uma das fraquezas de qualquer sistema de saúde, como ficou dito na componente teórica. As listas de espera para o acesso a cirurgias electivas são disso exemplo. Mas também o tempo de espera para uma consulta de referência, para a realização de exames complementares de diagnóstico ou mesmo as horas passadas numa sala de espera são exemplos que não podem ser menosprezados. É reconhecido que um dos focos de descontentamento dos cidadãos com os serviços de saúde é o problema da acessibilidade a cuidados de saúde quando deles necessitam.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade transformou-se, assim, num dos desafios prioritários da política de saúde. O reconhecimento explícito pelo Ministério da Saúde da necessidade de ser melhorado o acesso dos utentes aos cuidados de saúde conduziu aquele organismo à conceptualização de acesso como sendo “a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no local e no momento em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde” (Ministério da Saúde 1999: 67).

Quadro 2.86-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise descritiva dos dados)

Prestação de Cuidados de Saúde	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				Desvio padrão
Acessibilidade a cuidados de saúde	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas	1,8	3,5	14,0	80,7	3,74	4,00	4	0,610
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de dois dias	4,4	28,9	31,6	35,1	2,97	3,00	4	0,907
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta	5,2	4,3	29,6	60,9	3,46	4,00	4	0,809
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico	2,8	9,2	33,0	55,0	3,40	4,00	4	0,771
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas	10,7	14,3	38,4	36,6	3,01	3,00	3	0,973
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	7,1	7,1	31,3	54,5	3,33	4,00	4	0,894
Existe monitorização da demora na marcação de consultas	16,2	22,5	40,5	20,7	2,66	3,00	3	0,986
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente	0,9	0,9	12,2	86,1	3,83	4,00	4	0,457
Existe sistema de marcação de consulta com hora marcada	9,7	6,2	31,9	52,2	3,27	4,00	4	0,954
Está explicitado pelo CS o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta	34,5	31,8	22,7	10,9	2,10	2,00	1	1,004
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta	38,7	28,8	18,0	14,4	2,08	2,00	1	1,071

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado
 PR = Parcialmente Realizado
 QR = Quase Realizado
 TR = Totalmente Realizado

A análise das opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre esta temática mostra que foram considerados de boa qualidade (escala 4) a possibilidade de marcação de consulta por telefone (86,1%), a possibilidade de atendimento no próprio dia de situações agudas (80,7%), a possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta (60,9%), a existência de um sistema efectivo de renovação de prescrições e de exames complementares de diagnóstico (55%), a existência de indicações claras para os utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes (54,5%) e a existência de um sistema de marcação de consulta com hora marcada (52,5%).

A escassez de recursos estruturais e humanos tem sido considerada como um dos grandes entraves no acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Contudo, a maior

dificuldade não está na obtenção dos cuidados de saúde mas na forma de lhes aceder. Uma vez introduzido no sistema, o utente encontra, quase sempre, nas organizações de saúde, os recursos necessários à sua situação específica, razão pela qual as urgências têm sido vistas pelos utentes como uma das “portas de entrada” para aceder ao sistema.

A leitura do quadro 2.86-A revela ainda que os aspectos mais penalizados na avaliação feita pelos profissionais à qualidade organizacional estão relacionados com a gestão do tempo. Em relação à monitorização do tempo de espera no local da consulta 38,7% dos inquiridos consideram-na sem qualidade (escala 1), o mesmo sucedendo em relação à explicitação do tempo máximo de espera após a hora marcada (34,5%). Os valores da média (2,08), da mediana (2) e da moda (1) indicam maior concentração dos dados nas duas categorias inferiores (1 não realizado; 2 parcialmente realizado). Estes valores reflectem de alguma forma a pouca atenção que tem sido dada ao factor tempo nas organizações de saúde, a que não será alheio o facto da monitorização do tempo ser uma forma indirecta de controlo da actividade profissional. Contudo, o tempo é um excelente indicador do desempenho organizacional.

b) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa aos cuidados domiciliários

A prestação de cuidados domiciliários visa promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa ou que, por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, se vêem impedidos de aceder aos cuidados de saúde de que necessitam.

Na prestação de cuidados de saúde em geral, a família e a comunidade têm constituído, e deverão continuar a constituir, factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento, por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito. A família

constitui um elemento determinante na relação humanizada, sendo o principal suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada.

Quadro 2.86-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise descritiva dos dados)

Prestação de Cuidados de Saúde	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				
	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Cuidados Domiciliários								
Existe a possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável	1,7	3,5	19,1	75,7	3,69	4,00	4	0,626
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos por todos	22,8	9,6	29,8	37,7	2,82	3,00	4	1,169
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados	19,1	16,5	29,6	34,8	2,80	3,00	4	1,118
Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias	20,0	4,3	20,0	55,7	3,11	4,00	4	1,183
Existem malas de material para visitas domiciliárias	3,5	5,3	14,9	76,3	3,64	4,00	4	0,742
Continuidade e Integração de Cuidados								
Em caso de ausência é do conhecimento dos profissionais e utentes o seu substituto	2,6	7,0	34,8	55,7	3,43	4,00	4	0,739
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição	4,4	6,1	31,6	57,9	3,43	4,00	4	0,798
Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados	5,4	12,5	39,3	42,9	3,20	3,00	4	0,858
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar	59,8	18,8	11,6	9,8	1,71	1,00	1	1,017
Na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consulta é efectuado pelo Centro de Saúde	27,1	19,6	29,0	24,3	2,50	3,00	3	1,136
Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência	44,0	22,0	21,1	12,8	2,03	2,00	1	1,084

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

A necessidade de criar os ambientes de apoio que favoreçam a prestação de cuidados domiciliários e continuados levou o Ministério da Saúde à elaboração e publicação do Decreto-Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro que regula o funcionamento das redes sociais de apoio de modo a garantir a humanidade e o respeito pelos utentes na prestação de cuidados de saúde, a continuidade de cuidados, a recuperação global e a multidisciplinaridade, a proximidade de cuidados de forma a manter o seu utilizador,

sempre que possível, dentro do seu enquadramento comunitário, a qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde, o cumprimento dos princípios éticos de defesa da integridade, identidade e privacidade da pessoa (DR n.º 259).

A exploração dos dados sobre a prestação de cuidados domiciliários e continuados (quadro 2.86-B) mostra que foram considerados de boa qualidade (escala 4) pelos inquiridos a existência de malas de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias (76,3%), a possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável (75,7%), a definição dos serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição (57,9%) e o conhecimento dado aos profissionais e utentes dos elementos que substituem os profissionais de saúde em caso de ausência (55,7%).

Os dados revelam ainda que uma percentagem significativa de profissionais consideram sem qualidade (escala 1) o incentivo dado ao médico de família para visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar (59,8%), a monitorização do tempo de espera das consultas de referência (44%) e os critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário (22,8%) (quadro 2.86-B).

c) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à comunicação com profissionais e utentes

A comunicação é o processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre as pessoas (Teixeira 1998). Neste contexto, a comunicação é um processo essencial em todas as circunstâncias da vida humana.

O Homem é um ser social. Para se fazer compreender necessita de comunicar. Para isso, é necessário que o processo de comunicação decorra sem grandes perturbações entre o emissor e o receptor, dependendo o êxito da comunicação, em grande parte, do canal utilizado.

Tratando-se de uma mensagem escrita (mensagem não verbal) o emissor está ausente. Para comunicar necessita de codificar a informação que quer transmitir na forma de símbolos, que são as letras, que constituem as palavras, e tem de transmitir as

palavras pelo canal que é o suporte que contém a mensagem (boletim ou circulares informativas, placards ou outros suportes).

As palavras escritas são então decodificadas pelo receptor na tentativa de interpretar o seu significado. Quando o receptor consegue interpretar correctamente a mensagem escrita a informação daí recebida pode atingir uma percentagem elevada da mensagem que o emissor queria transmitir. Mas quando o receptor só consegue receber parte da informação transmitida só uma parte da mensagem é compreendida, perdendo-se parte da mensagem emitida devido à presença de ruído no canal (Hill e Hill 2002).

Para obstar a perdas de informação, o emissor tem de levar em conta o tipo de codificação, o canal a utilizar e a capacidade de decodificação do receptor. Tem ainda de considerar o modo de distribuição da informação ao receptor.

O processo de comunicação mais utilizado pelas organizações de saúde quando pretendem atingir um elevado número de receptores é a mensagem escrita (não verbal). Em muitas circunstâncias a informação existe, está disponível, mas não chega ao receptor. Nestas circunstâncias o que falha é o método utilizado para distribuir a mensagem.

Nas unidades de saúde existem normalmente locais próprios para afixar as mensagens escritas. Contudo, nem profissionais nem utentes têm acesso a essas mensagens pelas razões mais diversas: local inapropriado, quantidade elevada de mensagens, desinteresse do receptor ou permanência prolongada de mensagem desactualizada. Tudo isto concorre para uma deficiente comunicação entre as partes. Mas, pior ainda, é quando a informação não existe ou, existindo, não está disponível. Nestas circunstâncias não há comunicação.

Os cientistas das áreas do comportamento têm demonstrado que a motivação dos profissionais é impossível sem uma comunicação eficaz. Para manter um clima de motivação dos profissionais estes devem receber informação sobre como se espera que as suas tarefas sejam desempenhadas, a sua posição na estrutura organizacional e as políticas ou regras da organização (Teixeira 1998).

O modo como os profissionais de saúde percebem a qualidade de processamento da comunicação no Centro de Saúde está expresso nas respostas dadas às questões que lhe foram colocadas.

Quadro 2.86-C Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise descritiva dos dados)

Prestação de Cuidados de Saúde	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				
Comunicação com Profissionais e Utentes	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Existem reuniões multiprofissionais regulares para discussão de questões clínicas e organizativas	11,5	21,2	29,2	38,1	2,94	3,00	4	1,029
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e a ordem de trabalhos	5,2	7,0	25,2	62,6	3,45	4,00	4	0,840
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis	18,9	18,0	28,8	34,2	2,78	3,00	4	1,115
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais	9,6	13,2	29,8	47,4	3,15	3,00	4	0,989
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços	7,0	9,6	30,4	53,0	3,30	4,00	4	0,908
Linhas de Orientação ou Protocolos								
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos da organização e funcionamento do C. Saúde	10,1	13,8	39,4	36,7	3,03	3,00	3	0,957
Existem normas de orientação clínica escritas para problemas comuns de saúde	8,1	7,2	36,0	48,6	3,25	3,00	4	0,909
Estão escritas de forma clara, são revistas, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	11,0	19,3	41,3	28,4	2,87	3,00	3	0,954
Política de Prescrição de Fármacos								
Existem orientação técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	11,5	18,3	31,7	38,5	2,97	3,00	4	1,019
Existe informação actualizada sobre retirada e introdução de novos fármacos, incluindo o nível de participação	5,6	14,0	32,7	47,7	3,22	3,00	4	0,893
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos no Centro de Saúde	6,7	18,3	26,0	49,0	3,17	3,00	4	0,960
É analisado e discutido o perfil de prescrição de fármacos do C. Saúde	22,3	26,2	22,3	29,1	2,58	3,00	4	1,133
Prescrição de Exames Complementares de Diagnóstico								
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de exames comp. de diagnóstico, incluindo relação custo-benefício	16,3	21,2	26,9	35,6	2,82	3,00	4	1,095
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de exames c. de diagnóstico a grupos específicos	9,4	6,6	32,1	51,9	3,26	4,00	4	0,949
Existe monitorização da chegada de exames complementares. de diagnóstico anormais, com protocolo de convocação dos doentes	19,8	16,0	25,5	38,7	2,83	3,00	4	1,150
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de E.C.D.	19,6	16,7	21,6	42,2	2,86	3,00	4	1,169
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de E.C.D. do C. Saúde	25,0	22,0	28,0	25,0	2,53	3,00	3	1,123

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado
 PR = Parcialmente Realizado
 QR = Quase Realizado
 TR = Totalmente Realizado

A leitura dos dados (quadro 2.86-C) revela que a maioria dos profissionais considera como sendo de boa qualidade (escala 4) o processo através do qual todos os

profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões e respectiva ordem de trabalhos (62,6%), a existência de informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços (53%) e a existência de um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas (47,4%), sendo considerado com pouca qualidade (escala 2) a existência de reuniões multiprofissionais regulares para discussão de questões clínicas e organizativas (21,2%), deixando estes resultados antever que os canais de comunicação prevaletentes nos Centros de Saúde são os formais descendentes e a comunicação mais usada é a escrita, na forma de comunicados e avisos, que para a resolução de algumas situações a maioria dos profissionais considera a melhor forma de comunicação, mas para as questões relacionadas com os aspectos clínicos e organizacionais os profissionais mostram preferência pela comunicação informal na forma de reuniões.

d) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa às normas de orientação e protocolos

As linhas de orientação e protocolos assumem particular relevância para a qualidade dos serviços de saúde. “Estas linhas de orientação ou protocolos que podem ser de natureza clínica, administrativa ou outra, deverão ser sujeitas a permanente aperfeiçoamento e actualização. Poderão ser utilizadas normas elaboradas localmente ou por outras instituições nacionais ou estrangeiras” (IQS 2005: 28).

Relativamente às normas de orientação e protocolos, a análise da matriz revela que foi considerado de boa qualidade (escala 4) o atributo relativo à existência de normas de orientação clínica escritas para problemas comuns de saúde (48,6%). Foram considerados como tendo qualidade (escala 3): estão escritas de forma clara, são revistas, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos (41,3%), existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos da organização e funcionamento do Centro de Saúde (39,4%). Estes dados sugerem que a formalização é uma das componentes da estrutura organizacional dos Centros de Saúde estudados com algum impacte e que é bem aceite por uma percentagem significativa de profissionais, como é o caso das normas de orientação clínica (quadro 2.86-C).

e) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à política de prescrição

O fornecimento de medicamentos aos doentes, em adequadas quantidades e qualidade, é hoje uma preocupação de todas as agendas políticas do sector. É consensual que uma política do medicamento para ser consistente com a da saúde tem de actuar no sentido de garantir o acesso dos utentes a medicamentos de qualidade e que tal acesso se faça com respeito pela equidade, pautado por práticas de uso racional, quer por parte dos serviços de saúde, quer dos próprios utentes. A existência de uma política de prescrição de fármacos e de elementos complementares de diagnóstico nas unidades de saúde é essencial e deve ser baseada em critérios que permitam os melhores resultados possíveis (IQS 2005).

A leitura do quadro 2.86-C revela que, em relação à política de prescrição de fármacos, foram considerados de boa qualidade o fornecimento regular a cada médico do seu perfil de prescrição de fármacos (49,0%) e a existência de informação actualizada sobre a retirada e introdução de fármacos, incluindo o seu nível de participação (47,7%). Em relação à questão sobre se é analisado e discutido o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde há uma grande dispersão dos dados: sem qualidade (22,3%), com pouca qualidade (26,2%), alguma qualidade (22,3%) e com boa qualidade (29,1%). Verifica-se não haver consenso quanto a este atributo, sendo este um dos atributos que, na perspectiva dos profissionais de saúde, pouco contribui para a qualidade organizacional dos serviços nos Centros de Saúde.

Os dados relativos à prescrição de meios complementares de diagnóstico mostram que foram considerados de boa qualidade (escala 4) a existência de orientações técnicas actualizadas para pedido de exames complementares de diagnóstico a grupos específicos (51,9%) e o fornecimento regular a cada médico do seu perfil de prescrição de exames complementares de diagnóstico (42,2%). Quanto à questão se é analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de exames complementares de diagnóstico do Centro de Saúde, os dados mostram que os inquiridos se expressam de modo diverso: sem qualidade 25,0%; com pouca qualidade 22,0%; com alguma qualidade 28,0%; com boa qualidade 25,0%. Estes são atributos que na perspectiva dos

profissionais pouco contribuem para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde (quadro 2.86-C).

f) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa aos registos clínicos

O sigilo dos dados clínicos e pessoais dos utentes é uma questão de importância major e os profissionais de saúde estão conscientes dessa importância. Garantir a sua privacidade é um processo que os profissionais começam a assimilar durante a sua fase de formação académica, técnica e científica, e fazem-no como que por *imprinting*. Não estranha pois que esta tenha sido uma das áreas organizacionais mais valorizada pelos profissionais de saúde.

Contudo, não devem ser descorados os novos desafios que se colocam às organizações de saúde para garantir esse sigilo. As novas tecnologias de informação e comunicação do mesmo modo que oferecem grandes oportunidades de inovação também se constituem como fortes ameaças se não forem geridas com rigor.

A leitura dos dados do quadro 2.86-D mostra que em relação à confidencialidade, acessibilidade e segurança, foram considerados de boa qualidade (escala 4) todos os atributos em análise: os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado (84,3%); os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura (76,4%); os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros (74,8%); a pedido do doente é transferida uma cópia ou resumo do registo clínico para outro médico (68,5%); uma nota de pedido de transferência é arquivada, esta nota inclui detalhes sobre a data e o local para onde foi enviada (63,6%).

A análise dos dados relativos à organização e qualidade dos registos clínicos revela ainda que foram considerados de boa qualidade: a utilização nos grupos de risco de suportes de registo individual (82,3%), a utilização por todos os profissionais dos suportes de folha A4 como suporte de registo clínico (77,9%) e a introdução pelo Centro de Saúde de folhas de suporte para situações específicas (69,6%). Estes são atributos que claramente contribuem de forma positiva para a qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Quadro 2.86-D Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise descritiva dos dados)

Prestação de cuidados de saúde	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				
Registos Clínicos: Confidencialidade, Acessibilidade e Segurança	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros	4,3	5,2	15,7	74,8	3,61	4,00	4	0,780
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado	3,5	3,5	8,7	84,3	3,74	4,00	4	0,689
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura	2,7	5,5	15,5	76,4	3,65	4,00	4	0,710
A pedido do doente é transferida uma cópia ou resumo do registo clínico para outro médico	7,4	2,8	21,3	68,5	3,51	4,00	4	0,870
Uma nota de pedido de transferência é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e o local para onde foi enviada	4,7	7,5	24,3	63,6	3,47	4,00	4	0,828
Organização e Qualidade dos Registos Clínicos								
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suporte de registo clínico	2,7	4,4	15,0	77,9	3,68	4,00	4	0,685
Nos grupos de risco são utilizados suportes de registo individual	1,8	1,8	14,2	82,3	3,77	4,00	4	0,567
O Centro de Saúde Introduziu folhas de suporte para situações específicas	5,4	5,4	19,6	69,6	3,54	4,00	4	0,827
Existe avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos	22,0	17,4	35,8	24,8	2,63	3,00	3	1,086

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

O aspecto que os inquiridos mais penalizaram foi o da avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos. De facto, a percentagem de profissionais que afirma existir avaliação e monitorização dos registos clínicos é baixa (24,8%), encontrando-se os dados muito dispersos: sem qualidade 22%, com pouca qualidade 17,4%, com alguma qualidade 35,8%. Este é um dos atributos a necessitar de melhorias significativas, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Síntese

O modo como os profissionais de saúde se expressam sugere a existência de atributos de qualidade organizacional, na dimensão prestação de cuidados de saúde, cujo contributo para a melhoria da qualidade é definitivamente maior do que o de outros. Com base nos valores médios verifica-se que os aspectos mais valorizados são os relativos à acessibilidade a cuidados de saúde: possibilidade de atendimento

domiciliário num prazo razoável (média 3,69), possibilidade de marcação de consulta por telefone (média 3,83), existência de material adequado para as visitas domiciliárias (média 3,64), possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas (média 3,74). O mesmo sucede com os relacionados com a gestão dos registos clínicos: segurança dos registos clínicos (média 3,61), manipulação dos registos clínicos por pessoal autorizado (média 3,74), segurança dos registos clínicos dos doentes falecidos (média 3,65), utilização de suportes de registo individual nos grupos de risco (média 3,77) e uniformização dos suportes de registos em modelo A4 (média 3,68). Estes valores sugerem a existência de práticas que podem, eventualmente, ser consideradas boas práticas organizacionais, as quais carecem de ser testadas para serem validadas. Os atributos considerados pelos profissionais como não tendo qualidade estão relacionados com a gestão do tempo: explicitação do tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta (média 2,10, mediana 2,00, moda 1), monitorização do tempo de espera no local da consulta (média 2,08, mediana 2,00, moda 1) e monitorização do tempo de espera das consultas de referência (média 2,03, mediana 2,00, moda 1), assim como o incentivo dado ao médico de família para visitar e acompanhar os seus doentes em caso de internamento hospitalar (média 1,71, mediana 1,00, moda 1). Estes são aspectos que podem, eventualmente, ser considerados como práticas de organização e gestão não conseguidas, que influenciam negativamente a qualidade organizacional dos Centros de Saúde e que urge melhorar.

Os resultados obtidos fornecem informações a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde**, apresentando a dimensão prestação de cuidados de saúde áreas organizacionais a necessitarem de melhoria da qualidade, na perspectiva dos seus profissionais.

2.3.4.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde

Para a prossecução do segundo objectivo definido para este estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade**

organizacional nos serviços de saúde em estudo, aplicou-se uma análise factorial aos dados provenientes da avaliação da qualidade organizacional dos serviços de saúde, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,874) e da estatística do teste de *Bartlett* ($\chi^2 = 3215,485$; gl1128; $p = 0,000$) que informam sobre a adequação da matriz 82*48, para a extracção dos factores, na dimensão prestação de cuidados de saúde, utilizando o critério de *Kaiser* (factores com valor próprio (*Eigenvalue*) maior que 1,00).

Quadro 2.87 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde

Factores	Valores próprios iniciais			Extracção da soma do quadrado dos pesos			Rotação da soma do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.
1	16,891	35,189	35,189	16,891	35,189	35,189	6,259	13,039	13,039
2	3,971	8,273	43,462	3,971	8,273	43,462	4,706	9,804	22,843
3	2,883	6,007	49,469	2,883	6,007	49,469	4,424	9,216	32,059
4	2,182	4,545	54,014	2,182	4,545	54,014	4,052	8,442	40,501
5	1,952	4,066	58,080	1,952	4,066	58,080	3,165	6,594	47,095
6	1,758	3,662	61,742	1,758	3,662	61,742	2,742	5,712	52,807
7	1,468	3,058	64,800	1,468	3,058	64,800	2,495	5,199	58,006
8	1,379	2,872	67,673	1,379	2,872	67,673	2,463	5,131	63,137
9	1,285	2,677	70,350	1,285	2,677	70,350	2,241	4,669	67,806
10	1,120	2,332	72,682	1,120	2,332	72,682	1,793	3,736	71,542
11	1,039	2,165	74,848	1,039	2,165	74,848	1,587	3,306	74,848
12	,947	1,974	76,822						
13	,874	1,821	78,643						
14	,814	1,696	80,339						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
48	,013	,028	100,000						

Fonte: Inquérito

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 48*11 sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de onze factores com uma inércia total na ordem de 74,848% (quadro 2.87).

A hierarquia da importância das respostas expressas, de acordo com a análise de componentes principais, organiza-se segundo onze factores. Assim, foram extraídos onze factores com valores próprios superiores a um.

Quadro 2.88 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde

Variáveis	Comunalidade
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas	0,764
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias	0,569
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta	0,648
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico	0,720
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas em cada consultório	0,686
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	0,707
Existe monitorização da demora na marcação de consultas	0,731
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente	0,647
Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada	0,696
Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta	0,773
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta	0,822
Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável	0,732
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e administrativos	0,627
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados	0,764
Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias	0,569
Existem "malas" de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias	0,764
Em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto	0,686
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição)	0,759
Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados	0,652
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares	0,705
Na referência aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consultas é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde	0,765
Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência	0,834
Existem reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e organizativas	0,756
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos	0,773
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis	0,745
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais	0,807
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços	0,764
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde	0,801
Existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde	0,824
Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	0,749
Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	0,683
Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação	0,760
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos	0,793
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde	0,823
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo custo-benefício	0,850
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos	0,683
Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes	0,760
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico	0,793
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do CS	0,823
Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros	0,850
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado	0,843
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura	0,710
A pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico	0,723
Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e local para onde foi enviada	0,725
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos	0,868
Nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual	0,754
O Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas	0,755
Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos Registos Clínicos	0,718

Fonte: Inquérito

Quanto ao grau de coerência de representatividade na agregação das variáveis para a obtenção da solução factorial de onze componentes verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a que corresponde à utilização por todos os profissionais do suporte de folhas A4 como suporte de registo clínico (86,8%), sendo a variável referente à possibilidade de obtenção de consulta no próprio dia ou no prazo máximo de dois dias, na totalidade dos casos, a que comporta a menor qualidade de representação (56,9%) (quadro 2.88).

A formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 16,9, explicando por si só 35,189% da variância total, resultou da agregação das seguintes variáveis: estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos; existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde; existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação; existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo relação custo-benefício; existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde; existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços; existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos; existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício; existe monitorização da chegada de exames complementares anormais, com protocolo de convocação dos doentes; todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suporte de registos clínicos.

Em função das variáveis agregadas, pode dizer-se que este factor contém em si elementos que sugerem a existência nos Centros de Saúde de uma estrutura organizacional assente num certo grau de formalização pelas regras (Silva 2004) e que poderá estar relacionado com o ambiente turbulento em que as organizações de saúde têm de se movimentar (emergência de novas estruturas organizacionais, inovação tecnológica, constantes alterações político-legais), o qual, de acordo com algumas teorias, serve para introduzir na organização maior estabilidade funcional e melhor desempenho individual e organizacional, apesar de ser reconhecido que o excesso de

formalização pode introduzir rigidez no funcionamento das organizações (Lisboa et al 2004). Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o factor da formalização.

Para a formação do segundo factor, que detém um valor próprio na ordem de 3,9, explicando 8,273% da variância, contribuiu a agregação do seguinte grupo de variáveis: há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas; existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente; existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicilio num prazo razoável; em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto; os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado. Em função das variáveis agregadas para a sua formação e dos pesos que as variáveis comportam, os elementos contidos neste factor sugerem um certo empenhamento dos Centros de Saúde em desenvolverem uma política que visa a melhoria de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, de forma a obterem a prestação de cuidados no local e no momento em que necessitam, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde (Ministério da Saúde 1999). Pelas razões apontadas, o factor dois pode ser interpretado como o factor da acessibilidade aos cuidados de saúde (quadro 2.89-A).

O terceiro factor, que detém como valor próprio cerca de 2,9 e explica 6,007% da variância ainda não explicada, resultou da agregação das seguintes variáveis: é fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico; é fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos; é analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde; é analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde; os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura; são feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis. Em função das variáveis agregadas e dos pesos das quatro primeiras variáveis, o factor três pode ser interpretado como um reflexo do princípio da responsabilização do acto médico no que respeita à prescrição de fármacos e de elementos complementares de diagnóstico, pelo que a este factor pode ser atribuída a designação de política de prescrição.

Quadro 2.89-A Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade dos centros de saúde
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde

Prestação de Cuidados de saúde	Componentes			
	1	2	3	4
Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	0,729			
Existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde	0,708			
Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação	0,690			
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo custo-benefício	0,649			
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde	0,643			
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços	0,642			
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos	0,625			
Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	0,574			
Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes	0,552			
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos	0,479			
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas		0,776		
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente		0,685		
Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável		0,663		
Em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto		0,610		
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado		0,547		
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico			0,840	
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos			0,784	
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde			0,733	
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde			0,706	
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura			0,493	
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis			0,422	
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta				0,855
Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta				0,785
Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência				0,630
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e administrativos				0,623
Existe monitorização da demora na marcação de consultas				0,511
Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos Registos Clínicos				0,478
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados				0,407

Fonte Inquirido

A formação do quarto factor, que detém um valor próprio na ordem dos 2,2, explicando 4,545% da variância, resultou da agregação do seguinte bloco de variáveis: existe monitorização do tempo de espera no local da consulta; está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta; existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência; existem critérios escritos

sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários; existe avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos; existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa a doentes acamados. Este factor detém em si elementos relacionados com a política seguida pelos Centros de Saúde no que concerne à gestão do tempo, na medida em que detém atributos centrados na monitorização e controlo dos tempos de espera, elementos fundamentais na organização e gestão dos serviços de saúde. Assim, este factor pode ser interpretado como o da gestão do tempo.

Para a formação do quinto factor, com valor próprio da ordem de 1,95 e explicando 4,066% da variância, contribuiu a agregação do seguinte conjunto de variáveis: encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas; o médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares; existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes; os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de dois dias. Em função das variáveis agregadas este factor pode ser interpretado como sistema de marcação de consultas (quadro 2.89-B).

O factor seis, que detém um valor próprio na ordem dos 1,76 e explica 3,662% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada, esta nota inclui detalhes sobre a data e o local para onde foi enviada; nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual. Este factor detém em si elementos que sugerem a existência no Centro de Saúde de princípios orientadores no sentido da salvaguarda do sigilo dos dados clínicos, pelo que a este factor pode ser dada a designação de confidencialidade dos dados clínicos.

A formação do factor sete, com valor próprio na ordem de 1,5, explicando 3,058% da variância ainda não explicada, resultou da agregação das seguintes variáveis: todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos; são definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição; existem reuniões multidisciplinares regulares para

Quadro 2.89-B Factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade dos C de saúde
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de
saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde

Prestação de Cuidados de Saúde	Componentes						
	5	6	7	8	9	10	11
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas em cada consultório	0,726						
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares	0,694						
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	0,554						
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias	0,476						
Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e local para onde foi enviada		0,726					
Nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual		0,655					
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos			0,598				
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição			0,528				
Existem reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e organizativas			0,486				
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta			0,474				
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico				0,675			
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais				0,546			
A pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico				0,535			
Os documentos de referência prevêem o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados				0,405			
Existem "malas" de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias					0,752		
Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias					0,709		
Na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consultas é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde						0,645	
Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada						0,597	
O Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas							0,588
Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros							0,549

Fonte: Inquérito

discussão de questões clínicas e organizativas; há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta. Este factor contém em si elementos que sugerem o desenvolvimento no Centro de Saúde de um sistema de comunicação com algum grau de utilização de canais

informais laterais, apesar de lhe serem reconhecidas características que evidenciam a existência de uma comunicação que utiliza canais formais descendentes na forma de comunicados. Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o factor da comunicação (quadro 2.89-B).

Para a formação do oitavo factor, que detém um valor próprio da ordem de 1,4, explicando 2,872% da variância, contribuiu a agregação do seguinte grupo de variáveis: existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico; existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais; a pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico; os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados. Em função das variáveis agregadas este factor pode ser interpretado como sistema de gestão da informação.

O factor nove, que detém um valor próprio na ordem de 1,3 e explica 2,677% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: existem malas de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias; existe transporte disponível para as visitas domiciliárias. Este factor contém em si atributos centrados na gestão dos meios físicos necessários à prestação de cuidados domiciliários, pelo que a este factor pode ser dada a designação de gestão de materiais (quadro 2.89-B).

O décimo factor, com valor próprio da ordem de 1,12 e explicando 2,332% da variância, é o resultado da agregação das variáveis seguintes: na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consulta é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde; existe um sistema de marcação de consultas com hora marcada. Este factor detém elementos que sugerem o grau de envolvimento do Centro de Saúde na gestão das consultas de referência, pelo que este factor pode ser interpretado como processo de referenciação a cuidados secundários.

O factor onze, que detém um valor próprio na ordem de 1,04, explicando 2,165% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: o Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas; os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros. O décimo primeiro factor contém em si elementos que reflectem a importância de que se reveste a preservação dos dados clínicos dos utentes. Em função das variáveis agregadas este factor pode ser designado organização do processo clínico (quadro 2.89-B).

Como resultado da aplicação da análise de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde foram extraídos onze factores principais que explicam 74,848% da variância total dos dados iniciais, sendo o mais importante representado pelo factor da formalização (CSA1), com média de *scores* de 31,4742 (variância total explicada 13,039%), seguido do factor da acessibilidade a cuidados de saúde (CSA2), com valor médio de *scores* 18,4386 (variância total explicada 9,8040%) (quadro 2.90).

Quadro 2.90 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
CSA1	31,4742	7,43457	12	40	97	Formalização
CSA2	18,4386	2,39481	5	20	114	Acesso a cuidados de saúde
CSA3	17,4255	4,71212	7	24	94	Política de prescrição
CSA4	17,5051	5,27678	7	28	99	Gestão do tempo
CSA5	11,0721	2,69583	4	16	111	Organização de marcação de consultas
CSA6	7,2358	1,23096	2	8	106	Confidencialidade dos dados clínicos
CSA7	13,2500	2,65934	4	16	112	Comunicação
CSA8	12,2404	2,57129	4	16	104	Gestão da informação
CSA9	6,7544	1,66463	2	8	114	Gestão de materiais
CSA10	5,7570	1,41315	2	8	107	Referenciação a cuidados secundários
CSA11	7,1429	1,286500	2	8	112	Organização do processo clínico

Fonte: Inquérito

Síntese

A análise dos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão analítica prestação de cuidados de saúde, mostra que existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Como resultado da aplicação da análise de componentes principais foram extraídos onze factores principais que explicam 74,848% da variância total, ficando por explicar cerca de 25% da variância dos dados iniciais, o que prova que existem outros

factores que contribuem para as práticas organizacionais nos Centros de Saúde em estudo, que exercem influência sobre a qualidade organizacional, mas que não foram identificadas pela análise factorial. Contudo, pode dizer-se que os onze principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três centros de saúde em análise, cujo perfil é definido por uma forte componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos às normas e protocolos existentes nos Centros de Saúde e por uma segunda componente (factor 2) que agrega os atributos da qualidade relacionados com a acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.

2.3.4.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde

Para testar a **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais e a antiguidade na profissão**, procedeu-se à análise da variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, cujos resultados se apresentam a seguir.

Com base nos dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, (quadros 2.91-A a 2.91-C) verifica-se a existência de diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre alguns dos atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionados com a dimensão prestação de cuidados de saúde.

Analisando a avaliação da qualidade relativa aos itens do factor 1 (formalização), observa-se que, em relação à clareza, inteligibilidade, regular revisão, compilação e acessibilidade às normas de orientação, são os enfermeiros quem melhor percebe este atributo como sendo de qualidade [média de posições 67,67; ($\chi^2 = 10,656$; gl2; $p = 0,005$)], o mesmo sucedendo em relação à existência de normas clínicas escritas, orientadas para problemas comuns de saúde [média de posições 66,76;

($\chi^2 = 7,839$; gl2; $p = 0,020$), à existência de informação actualizada e contínua sobre a retirada e introdução no mercado de novos fármacos com referência ao seu nível de participação [média de posições 62,89; ($\chi^2 = 11,184$; gl2; $p = 0,004$)], à existência de orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, com inclusão do custo-benefício [média de posições 60,83; ($\chi^2 = 6,772$; gl2; $p = 0,034$)] e à monitorização da chegada de exames complementares anormais e concomitante existência de protocolo de convocação dos doentes [média de posições 63,25; ($\chi^2 = 6,675$; gl2; $p = 0,036$)], sendo o grupo profissional dos médicos aquele que menos qualidade reconhece a estes atributos.

Quadro 2.91-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Dimensão prestação de cuidados de saúde						
Factor 1 Formalização	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	0,729	45,22	67,67	52,39	10,656	0,005
Existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde	0,708	47,91	66,76	53,68	7,839	0,020
Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação	0,690	41,46	62,89	58,72	11,184	0,004
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo custo-benefício	0,649	41,12	60,83	56,91	9,170	0,010
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde	0,643	45,99	64,43	54,15	6,772	0,034
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços	0,642	49,84	66,67	53,31	5,849	0,054
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos	0,625	45,62	59,22	56,43	4,688	0,096
Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	0,574	44,24	57,97	56,28	4,820	0,090
Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes	0,552	44,95	63,25	53,62	6,657	0,036
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos	0,479	61,70	55,73	53,74	2,295	0,317
Factor 2 Acesso a cuidados de saúde						
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas	0,776	54,74	63,71	54,06	4,284	0,117
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente	0,685	51,82	61,54	60,35	5,264	0,072
Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável	0,663	55,01	67,70	51,55	8,941	0,011
Em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto	0,610	56,11	64,45	53,63	2,838	0,242
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado	0,547	56,39	61,18	56,64	1,297	0,523

Fonte: Inquérito

Quanto à possibilidade de obtenção de cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável (factor 2), continua a ser o grupo profissional de enfermagem aquele que mais qualidade reconhece a este atributo, mas são os profissionais da área administrativa os que menos qualidade lhe reconhecem (quadro 2.91-A).

Quadro 2.91-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 3 Política de prescrição	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	P
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico	0,840	41,42	54,98	59,17	7,822	0,020
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos	0,784	48,97	48,19	59,83	3,804	0,149
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde	0,733	44,72	57,60	54,82	3,822	0,148
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde	0,706	39,89	56,77	56,69	8,383	0,015
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura	0,493	53,07	57,61	55,85	0,667	0,716
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis	0,422	58,47	58,74	50,99	1,519	0,468
Factor 4 Gestão do tempo						
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta	0,855	52,19	61,77	53,99	2,055	0,363
Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta	0,785	53,53	59,08	53,97	0,743	0,690
Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência	0,630	53,56	54,19	56,94	0,274	0,872
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e administrativos	0,623	49,57	68,22	54,45	7,070	0,029
Existe monitorização da demora na marcação de consultas	0,511	58,82	59,29	50,59	1,952	0,377
Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos Registos Clínicos	0,478	50,42	55,47	59,24	1,551	0,460
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados	0,407	54,15	65,12	54,80	2,818	0,244
Factor 5 Organização de marcação de consultas						
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas em cada consultório	0,726	59,47	52,31	57,55	1,069	0,586
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares	0,694	59,59	46,94	62,38	55,59	0,048
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	0,554	64,26	51,08	54,14	4,110	0,128
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias	0,476	60,62	56,19	55,83	0,545	0,762
Factor 6 Confidencialidade dos dados clínicos						
Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e local para onde foi enviada	0,726	52,46	49,88	58,94	2,291	0,318
Nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual	0,655	56,39	59,0	55,59	0,537	0,764

Fonte: Inquérito

No que respeita à política de prescrição (factor 3), analisando os dados do quadro 2.91-B, verifica-se que em relação ao fornecimento regular a cada médico do seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico são os administrativos quem melhor percepciona este aspecto como sendo de qualidade [média de posições 59,17; ($\chi^2 = 7,822$; gl2; $p = 0,020$)], mas quanto à questão da análise e discussão periódica do perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde são os enfermeiros que consideram este aspecto com mais qualidade [média de posições 56,77; ($\chi^2 = 8,383$; gl2; $p = 0,015$)] (quadro 2.91-B).

O atributo da qualidade organizacional relativo à gestão do tempo (factor 4) que mais divide a opinião dos respondentes diz respeito à existência de critérios escritos sobre a marcação e as prioridades no atendimento domiciliário, sendo o grupo profissional de enfermagem quem considera com mais qualidade este atributo [média de posições 68,22; ($\chi^2 = 7,070$; gl2; $p = 0,029$)], verificando-se serem os médicos a considerar este atributo com menos qualidade (quadro 2.91-B).

Quanto ao incentivo dado ao médico de família para visitar os seus doentes em caso de internamento (factor 5), constata-se que é o grupo profissional dos administrativos quem mais qualidade lhe atribui [média de posições 62,38; ($\chi^2 = 5,59$; gl2; $p = 0,048$)], sendo os enfermeiros a considerá-lo com menos qualidade.

Outro aspecto da organização de prestação de cuidados de saúde que dividiu as opiniões expressa pelos respondentes relaciona-se com a possibilidade do utente obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone, em situações que não impliquem consulta (factor 7), sendo os enfermeiros a considerar este atributo com mais qualidade [média de posições 67,67 ($\chi^2 = 7,864$; gl2; $p = 0,020$)] e os administrativos a considerá-lo com tendo de menos qualidade (quadro 2.91-C).

O atributo de qualidade organizacional relacionado com a existência de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias (factor 9) também introduz variação nas respostas expressas pelos profissionais, sendo uma vez mais os enfermeiros a melhor percepcionarem este atributo como sendo de qualidade [média de posições 64,16; ($\chi^2 = 16,360$; gl2; $p = 0,000$)] (quadro 2.91-C).

Já no que respeita ao controlo exercido pelo Centro de Saúde sobre o processo de referenciação dos doentes aos cuidados secundários e consequente marcação da consulta de referência (factor 10), são os administrativos quem mais qualidade lhe

atribui [média de posições 65,71; ($\chi^2 = 9,227$; gl2; $p = 0,010$)], sendo os enfermeiros a considerar como tendo mais qualidade a existência de um sistema de marcação de consultas com hora marcada (factor 10) [média de posições 64,84; ($\chi^2 = 8,069$; gl2; $p = 0,018$)].

Relativamente à organização do processo clínico, e no que respeita à introdução pelo centro de saúde de folhas de suporte para situações específicas, são os enfermeiros quem mais valoriza este atributo [média de posições 66,36; ($\chi^2 = 14,606$; gl2; $p = 0,001$)], mas quando se avaliam os resultados relativos ao arquivo dos registos clínicos em locais próprios e seguros (factor 11) verifica-se serem os administrativos aqueles que mais qualidade lhe reconhecem [média de posições 63,96; ($\chi^2 = 6,607$; gl2; $p = 0,037$)] (quadro 2.91-C).

Quadro 2.91-C Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 7 Comunicação	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos	0,598	58,70	55,42	59,83	0,488	0,783
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição	0,528	52,68	61,32	58,21	1,667	0,435
Existem reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e organizativas	0,486	58,65	51,27	60,83	1,947	0,378
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta	0,474	57,39	67,67	49,38	7,864	0,020
Factor 8 Gestão da informação						
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico	0,675	50,79	57,51	56,69	1,212	0,546
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais	0,546	51,24	68,73	62,15	2,510	0,285
A pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico	0,535	58,70	50,67	53,90	1,799	0,407
Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados	0,405	56,88	60,96	51,79	1,750	0,417
Factor 9 Gestão de materiais						
Existem "malas" de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias	0,752	44,08	64,16	63,74	16,360	0,000
Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias	0,709	53,18	62,32	58,36	1,745	0,418
Factor 10 Referenciação a cuidados secundários						
Na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consultas é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde	0,645	45,80	49,35	65,71	9,227	0,010
Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada	0,597	60,41	64,84	46,33	8,069	0,018
Factor 11 Organização do processo clínico						
O Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas	0,588	43,61	66,36	59,45	14,606	0,001
Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros	0,549	60,14	49,64	63,96	6,607	0,037

Fonte: Inquérito

Dos resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* dois dados podem ser extraídos. O primeiro, relacionado com o grau de formalização existente no Centro de Saúde, refere-se ao desagrado evidenciado pelo grupo profissional dos médicos perante as normas e protocolos existentes que, ao que os dados indicam, parecem ser do agrado do grupo profissional de enfermagem. O segundo, relacionado com a prestação de cuidados de saúde, diz respeito à existência de uma certa tendência para os profissionais se expressarem mais favoravelmente sobre os atributos directamente relacionados com a sua actividade, sugerindo esta atitude a existência de uma certa clivagem em sede de exercício das diversas profissões. No conjunto das observações pode dizer-se ser o grupo profissional de enfermagem quem considera a organização dos cuidados de saúde com mais qualidade, sendo o grupo profissional dos médicos aquele que mais penaliza a qualidade da organização da prestação de cuidados de saúde ao nível dos centros de saúde em estudo.

Os dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre as opiniões expressas pelos profissionais de saúde, de acordo com a variável de caracterização antiguidade na profissão, mostram também que existem diferenças significativas nas opiniões expressas pelos respondentes sobre alguns dos aspectos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

A análise da avaliação da qualidade relativa à existência de monitorização da chegada de exames complementares anormais e conseqüente convocação dos doentes (factor 1) mostra que são os respondentes com nove ou menos anos de profissão quem considera este atributo com sendo de qualidade [média de posições 72,71; ($\chi^2 = 11,359$; gl3; $p = 0,000$)] mas são os elementos do grupo dos 10 aos 19 anos de antiguidade na profissão os que consideram com maior qualidade a utilização por todos os profissionais dos suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos [média de posições 63,02; ($\chi^2 = 9,303$; gl3; $p = 0,026$)] (quadro 2.92-A). Na questão relativa à análise e discussão periódicas do perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde (factor 3) são, uma vez mais, os profissionais com menos anos de profissão (9 ou menos) a manifestarem-se mais favoravelmente [média de posições 67,80; ($\chi^2 = 12,397$; gl3; $p = 0,006$)], o mesmo sucedendo com o atributo relativo à análise e discussão periódicas do perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde [média de posições 62,12; ($\chi^2 = 11,612$; gl3; $p = 0,009$)] (quadro 2.92-B).

Quadro 2.92-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 1 Formalização	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	0,729	61,35	54,17	53,84	53,39	0,914	0,822
Existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde	0,708	59,67	56,33	57,17	50,23	1,198	0,753
Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de comparticipação	0,690	58,13	60,82	50,53	44,02	5,991	0,112
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo custo-benefício	0,649	62,47	58,07	46,34	51,80	4,795	0,187
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde	0,643	64,12	49,37	54,00	56,61	2,644	0,450
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços)	0,642	70,66	57,20	55,17	54,13	4,132	0,248
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos	0,625	58,06	58,55	51,90	48,20	2,107	0,550
Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	0,574	58,13	60,82	50,53	44,02	4,596	0,204
Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes	0,552	72,71	58,18	45,60	50,14	11,359	0,000
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos	0,479	57,87	63,02	59,65	43,59	9,303	0,026
Factor 2 Acesso a cuidados de saúde							
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas	0,776	52,94	59,76	59,11	55,20	1,461	0,691
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente	0,685	54,11	57,35	61,09	55,80	2,120	0,548
Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável	0,663	62,71	63,44	57,22	57,22	4,816	0,186
Em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto	0,610	57,22	56,69	64,89	48,17	5,286	0,152
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado	0,547	64,18	62,63	57,24	48,98	7,220	0,065

Fonte: Inquérito

Sobre a existência de monitorização do tempo de espera das consultas de referência (factor 4), são os profissionais com mais anos de profissão (i30 ou + anos) quem mais valoriza este atributo da qualidade organizacional [média de posições 69,17; ($\chi^2 = 8,012$; gl3; p = 0,046)], mas voltam a ser os profissionais com menos anos de profissão a considerar com sendo de qualidade os aspectos relativos à avaliação e monitorização dos registos clínicos [média de posições 63,58; ($\chi^2 = 8,443$; gl3; p = 0,038)] e à existência de programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos

doentes acamados [média de posições 77,13; ($\chi^2 = 11,334$; gl3; $p = 0,010$)] (quadro 2.92-B).

Quadro 2.92-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 3 Política de prescrição	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 9 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico	0,840	57,50	59,74	45,65	50,70	4,410	0,220
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos	0,784	61,50	55,78	50,80	45,68	3,430	0,330
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde	0,733	67,80	62,61	42,45	49,70	12,397	0,006
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde	0,706	62,12	59,74	39,67	54,23	11,612	0,009
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura	0,493	63,18	55,21	57,13	46,35	5,650	0,130
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis	0,422	63,56	56,28	55,57	50,41	1,804	0,614
Factor 4 Gestão do tempo							
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta	0,855	60,50	50,10	54,52	61,84	2,234	0,525
Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta	0,785	62,21	46,56	53,55	63,02	4,563	0,207
Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência	0,630	58,67	48,46	49,66	69,17	8,012	0,046
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e administrativos	0,623	72,26	57,98	52,49	54,54	5,528	0,137
Existe monitorização da demora na marcação de consultas	0,511	63,58	57,98	52,49	54,54	3,168	0,366
Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos Registos Clínicos	0,478	63,58	51,52	58,60	49,02	8,443	0,038
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados	0,407	77,13	48,87	52,32	64,28	11,334	0,010
Factor 5 Organização de marcação de consultas							
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas em cada consultório	0,726	58,53	50,64	59,97	54,41	1,680	0,641
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares	0,694	52,89	48,84	55,36	70,04	7,313	0,063
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	0,554	51,95	53,82	61,60	53,20	2,343	0,504
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias	0,476	60,61	50,54	58,47	60,87	1,775	0,620
Factor 6 Confidencialidade dos dados clínicos							
Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e local para onde foi enviada	0,726	52,39	58,81	57,43	43,98	4,855	0,183
Nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual	0,655	61,26	64,48	57,52	43,39	12,478	0,006

Fonte: Inquérito

Com base nos resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* pode dizer-se que existe evidência estatística que permite afirmar serem a profissão e a antiguidade na profissão elementos de influência na percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.92-C Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Factor 7 Comunicação	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos	0,598	64,87	55,67	58,92	53,22	1,960	0,581
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição	0,528	64,26	58,98	56,00	53,11	1,742	0,628
Existem reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e organizativas	0,486	68,25	44,60	61,48	53,26	7,709	0,052
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta	0,474	60,03	62,44	61,02	45,07	5,864	0,118
Factor 8 Gestão da informação							
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico	0,675	58,17	57,31	54,40	51,26	0,812	0,847
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais	0,546	57,17	65,22	55,53	52,63	2,474	0,480
A pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico	0,535	49,86	52,18	58,41	52,70	1,935	0,586
Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados	0,405	66,71	53,54	55,46	53,33	2,739	0,434
Factor 9 Gestão de materiais							
Existem "malas" de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias	0,752	58,58	64,61	54,84	53,41	3,452	0,327
Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias)	0,709	55,53	59,04	59,72	55,39	0,485	0,922
Factor 10 Referenciação a cuidados secundários							
Na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consultas é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde	0,645	51,24	53,88	48,23	66,96	6,028	0,110
Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada	0,597	54,66	53,56	63,54	50,02	3,910	0,271
Factor 11 Organização do processo clínico							
O Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas	0,588	64,87	63,12	52,37	49,79	6,085	0,108
Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros	0,549	60,00	51,06	60,67	59,15	2,705	0,439

Fonte: Inquérito

Síntese

Os resultados obtidos revelam que existem diferenças significativas de percepção dos atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros

de Saúde, encontrando-se tais diferenças relacionadas com a situação profissional e com a antiguidade na profissão, não sendo por isso possível a definição de um perfil homogéneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com os diversos factores sócio-organizacionais, como a identidade profissional, o desenvolvimento de competências humanas, relacionais e sociais, a comunicação, a cultura organizacional dos Centros de Saúde, assim como com os interesses profissionais e as políticas da saúde.

2.3.4.3 Estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes na dimensão prestação de cuidados de saúde

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais (sexo, local de trabalho, grupo etário, profissão e antiguidade na profissão) procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos masculino e feminino e entre os grupos centro de saúde e extensão de saúde, assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%, tendo-se optado pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos etários, grupos profissionais e grupos baseados na antiguidade na profissão, assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Da análise comparativa das respostas expressas pelos dois grupos, masculino e feminino, constata-se que os resultados da estatística do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os elementos dos dois grupos.

A leitura do quadro 2.93 mostra que tanto os valores da estatística de teste como os valores de significância levam à não rejeição da hipótese nula [(formalização_rec: K-S Z = 0,012; p = 1,000); (acesso a cuidados de saúde_rec: K-S Z = 0,101; p = 1,000); (política de prescrição-rec: K-S Z = 0,283; p = 1,000); (gestão do tempo_rec: K-S Z = 0,472; p = 0,979); (organização de marcação de consultas_rec: K-S Z = 0,337; p = 1,000); (confidencialidade dos dados clínicos_rec: K-S Z = 0,004; p = 1,000); (comunicação_rec: K-S Z = 0,416; p = 0,995); (gestão da informação_rec: K-S Z = 0,136; p = 1,000); (gestão de materiais_rec: K-S Z = 0,190; p = 1,000); (referenciação a cuidados secundários_rec: K-S Z = 0,121; p = 1,000); (organização do processo clínico_rec: K-S Z = 0,198; p = 1,000)], ficando assim estabelecido ao nível de significância de 5% que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional nos três Centros de Saúde entre homens e mulheres, não sendo, por isso, a variável sexo um elemento de influência sobre a avaliação da qualidade organizacional dos Centros de Saúde relacionada com a prestação de cuidados de saúde.

De igual modo, a análise comparativa das respostas expressas pelos profissionais quando se considera a variável de caracterização local de trabalho mostra que os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional [(formalização_rec: K-S Z = 0,049; p = 1,000); (acesso a cuidados de saúde_rec: K-S Z = 0,023; p = 1,000); (política de prescrição-rec: K-S Z = 0,111; p = 1,000); (gestão do tempo_rec: K-S Z = 0,180; p = 1,000); (organização de marcação de consultas_rec: K-S Z = 0,288; p = 1,000); (confidencialidade dos dados clínicos_rec: K-S Z = 0,240; p = 1,000); (comunicação_rec: K-S Z = 0,081; p = 1,000); (gestão da informação_rec: K-S Z = 0,129; p = 1,000); (gestão de materiais_rec: K-S Z = 0,329; p = 1,000); (referenciação a cuidados secundários_rec: K-S Z = 0,091; p = 1,000); (organização do processo clínico_rec: K-S Z = 0,156; p = 1,000)], estabelecendo-se ao nível de significância de 5% que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional dos três Centros de Saúde, entre homens e mulheres, não sendo a variável sexo um elemento de influência sobre a avaliação da qualidade organizacional dos Centros de Saúde relacionada com a prestação de cuidados de saúde.

Quadro 2.93 Estudo das diferenças de percepção dos fatores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de independência de Kolmogorov-Smirnov)

Dimensão prestação de cuidados de saúde		Formalização_rec	Acesso a Cuidados Saúde_rec	Política de Prescrição_rec	Gestão do tempo_rec	Organização Marcação Consultas_rec	Confidencialidade Dados Clínicos_rec	Comunicação_rec	Gestão da Inform ação_rec	Gestão Materiais_rec	Referenciação Cuidados Secun dários_rec	Organização Processo Clínico_rec
Sexo	Most Extreme Differences	0,003	0,021	0,066	0,106	0,073	0,001	0,090	0,030	0,040	0,027	0,042
	Absolute Positive	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,030	0,040	0,000	0,000
	Negative	-0,003	-0,021	-0,066	-0,106	-0,073	0,000	-0,090	0,000	0,000	-0,027	-0,042
Kolmogorov-Smirnov Z		0,012	0,101	0,283	0,472	0,337	0,004	0,416	0,136	0,190	0,121	0,198
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	1,000	0,979	1,000	1,000	0,995	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

Quadro 2.94 Estudo das diferenças de percepção dos fatores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de independência de Kolmogorov-Smirnov)

Dimensão prestação de cuidados de saúde		Formalização_rec	Acesso a Cuidados Saúde_rec	Política de Prescrição_rec	Gestão do Tempo_rec	Organização Marcação Consultas_rec	Confidencialidade Dados Clínicos_rec	Comunicação_rec	Gestão da Inform ação_rec	Gestão Materiais_rec	Referenciação Cuidados Secun dários_rec	Organização Processo Clínico_rec
Local de trabalho	Most Extreme Differences	0,010	0,004	0,023	0,036	0,055	0,047	0,015	0,025	0,074	0,018	0,030
	Absolute Positive	0,000	0,000	0,000	0,036	0,055	0,000	0,000	0,025	0,000	0,018	0,030
	Negative	-0,010	-0,004	-0,023	0,000	0,000	-0,047	-0,015	0,000	-0,074	0,000	0,000
Kolmogorov-Smirnov Z		0,049	0,023	0,111	0,180	0,288	0,240	0,081	0,129	0,392	0,091	0,156
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,998	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

Estes resultados fornecem evidência estatística que permite afirmar não haver diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, pelo que se não rejeita a hipótese nula, ao nível de significância de 5% (quadro 2.94).

Para o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, tendo como elementos de influência as variáveis grupos etários, grupos profissionais e grupos por antiguidade na profissão, procedeu-se à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.95 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Prestação Cuidados Saúde Factores	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	p
Formalização_rec	54,50	58,50	56,35	58,50	3,615	0,306
Acesso a cuidados de saúde_rec	58,50	58,50	56,35	58,50	2,322	0,508
Política de prescrição_rec	49,79	51,55	43,50	53,40	4,579	0,205
Gestão do tempo_rec	55,22	51,00	46,60	53,89	2,369	0,499
Organização marcação consultas_rec	58,66	52,43	56,12	57,56	1,157	0,763
Confidencialidade dados clínicos_rec	52,56	55,50	53,34	52,19	1,330	0,722
Comunicação_rec	60,50	53,78	55,31	60,50	3,759	0,289
Gestão da informação_rec	55,59	50,55	52,44	52,03	1,593	0,661
Gestão de materiais_rec	57,00	58,62	56,55	59,44	0,508	0,917
Referen. cuidados secundários_rec	53,06	53,20	53,24	58,93	1,101	0,777
Organização processo clínico_rec	58,50	56,26	56,35	55,00	1,052	0,789

Fonte: Inquérito

A leitura dos dados do quadro 2.95 mostra que tanto os valores da estatística do teste como os correspondentes valores de significância indicam que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os grupos etários [(formalização_rec: $\chi^2 = 3,615$; gl3; p = 0,306); (acesso a cuidados de saúde_rec: $\chi^2 = 2,322$; gl3; p = 0,508); (política de prescrição_rec: $\chi^2 = 4,579$; gl3; p = 0,205); (gestão do tempo_rec: $\chi^2 = 2,369$; gl3; p = 0,499); (organização marcação de consultas_rec: $\chi^2 = 1,157$; gl3; p = 0,763); (confidencialidade dos dados clínicos_rec: $\chi^2 = 1,330$; gl3; p = 0,722); (comunicação_rec: $\chi^2 = 3,759$; gl3; p = 0,289); (gestão da informação_rec: $\chi^2 = 1,593$; gl3; p = 0,661); (gestão de materiais_rec: $\chi^2 = 0,508$; gl3; p = 0,917); (referenciação a cuidados secundários_rec: $\chi^2 = 1,101$; gl3; p = 0,777);

(organização do processo clínico_rec: $\chi^2 = 1,052$; gl3; p = 0,789)], não se podendo, por isso, rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%.

Face aos resultados obtidos pode afirmar-se haver evidência estatística que mostra que a idade não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em análise.

Já o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional, quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional, mostra que há diferenças estatisticamente significativas nas respostas expressas pelos inquiridos relativamente ao factor 9 (gestão de materiais_rec), sendo os profissionais de enfermagem quem melhor percebe os atributos deste factor como sendo de qualidade [média de posições 63,00; ($\chi^2 = 13,989$; gl2; p = 0,001)]. Os resultados obtidos permitem a rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que há evidência estatística que permite afirmar que a profissão é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam a organização dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo (quadro 2.96-A).

Quadro 2.96-A Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Prestação Cuidados Saúde Factores	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Formalização_rec	45,94	49,81	51,47	2,232	0,328
Acesso a cuidados de saúde_rec	56,96	58,50	57,04	1,011	0,603
Política de prescrição_rec	44,75	45,16	53,26	4,031	0,133
Gestão do tempo_rec	45,00	55,50	49,50	3,572	0,168
Organiz. marcação consultas_rec	58,50	53,40	55,96	1,161	0,560
Confidenciali. dados clínicos_rec	52,38	52,38	55,50	2,301	0,316
Comunicação_rec	57,39	55,96	56,19	0,205	0,903
Gestão da informação_rec	52,61	53,97	50,91	1,076	0,584
Gestão de materiais_rec	49,14	63,00	60,00	13,989	0,001
Refe. cuidados secundários_rec	53,33	56,21	52,64	0,650	0,722
Organização processo clínico_rec	55,47	56,99	57,03	0,535	0,765

Fonte: Inquérito

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional, quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização antiguidade na profissão, mostra que há diferenças estatisticamente significativas nas respostas expressas pelos inquiridos relativamente ao factor 2 (acesso a cuidados de saúde_rec), sendo os profissionais com mais anos de profissão os que

menos qualidade atribuem a esse factor [média de posições 53,54; ($\chi^2 = 7,984$; gl3; $p = 0,043$). Os resultados obtidos permitem a rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que há evidência que permite afirmar que a antiguidade na profissão é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam a organização dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em estudo (quadro 2.96-B).

Quadro 2.96-B Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão prestação de cuidados de saúde (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Prestação Cuidados Saúde Factores	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Formalização_rec	54,50	54,50	45,04	47,57	7,305	0,063
Acesso a cuidados de saúde_rec	58,50	58,50	58,50	53,54	7,984	0,043
Política de prescrição_rec	53,14	51,28	43,89	47,55	3,578	0,311
Gestão do tempo_rec	61,59	50,36	43,89	52,13	7,537	0,057
Organiz. marcação consultas_rec	58,66	52,94	58,33	52,43	2,224	0,527
Confidenciali. dados clínicos_rec	55,50	53,20	52,98	53,09	0,857	0,836
Comunicação_rec	60,50	56,19	56,77	53,20	2,596	0,458
Gestão da informação_rec	55,50	53,02	51,87	50,98	1,543	0,672
Gestão de materiais_rec	57,00	60,89	56,80	55,23	1,577	0,665
Refe. cuidados secundários_rec	56,21	51,35	53,78	55,52	0,972	0,851
Organização processo clínico_rec	58,50	56,35	57,28	53,17	3,103	0,376

Fonte: Inquérito

Síntese

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo as variáveis de caracterização dos profissionais de saúde sexo e local de trabalho, na dimensão prestação de cuidados de saúde, não revelou valores significativos ($p > 0,05$), pelo que em nenhum dos casos estudados se pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%, levando os resultados a concluir que aquelas variáveis de caracterização não influenciam a percepção dos profissionais em relação aos factores de qualidade.

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo a variável de caracterização grupo etário, também não revelou valores significativos ($p > 0,05$) contudo, o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade segundo a variável de caracterização profissão mostrou que existem diferenças significativas na percepção do factor gestão de materiais_rec entre os diferentes grupos profissionais, sendo o grupo dos enfermeiros aquele que melhor percepção este factor

como sendo de qualidade, pelo que se conclui ser a profissão um elemento de influência na percepção dos profissionais sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, como tinha já ficado demonstrado.

Também o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, mostrou a existência de diferenças significativas na percepção do factor acesso a cuidados de saúde_rec, sendo o grupo com mais de 29 anos de profissão aquele que percebe este factor como sendo de menos qualidade, pelo que se conclui ser a antiguidade na profissão um elemento de influência na percepção dos profissionais sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo.

2.3.4.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão prestação de cuidados de saúde

Para analisar quais os factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de qualquer hierarquia de ordem nos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

A leitura dos resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostra que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Assim, considerando os dados do bloco factorial formalização (factor 1), verifica-se que a análise de 97 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 151,151$; gl9; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registo clínico (média de posições 7,34); existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços (média de posições 6,27); existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para

problemas comuns de saúde (média de posições 6,01)]. Estes são os atributos da organização que os profissionais consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionados com a prestação de cuidados de saúde (quadro 2.97-A).

Quadro 2.97-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (estudo comparativo de *Friedman*)

Prestação de Cuidados de Saúde	N	Média	Média posições	χ^2	P
Factor 1 Formalização (g19)				151,151	0,000
Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos	97	2,92	4,55		
Existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde	97	3,28	6,01		
Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação	97	3,21	5,74		
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo custo-benefício	97	2,81	4,26		
Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do CS	97	3,07	5,22		
Existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços	97	3,37	6,27		
Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos	97	3,26	5,92		
Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos, incluindo relação custo-benefício	97	2,97	4,88		
Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes	97	2,89	4,81		
Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registos clínicos	97	3,70	7,34		
Factor 2 Acesso a Cuidados de Saúde (g14)				50,902	0,000
Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas	114	3,74	3,13		
Existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente	114	3,83	3,26		
Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável	114	3,68	2,98		
Em caso de ausência é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto	114	3,45	2,48		
Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado	114	3,74	3,14		
Factor 3 Política de Prescrição (g15)				116,303	0,000
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico	94	2,83	3,31		
É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos	94	3,14	3,84		
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde	94	2,60	2,97		
É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde	94	2,52	2,74		
Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura	94	3,65	4,77		
São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis	94	2,87	3,36		

Fonte: Inquérito

A análise dos resultados do teste de *Friedman* baseados em 114 casos válidos, relativos ao acesso a cuidados de saúde (factor 2), mostra que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem sobre a qualidade organizacional do Centro de Saúde, apresentando o teste um valor significativo ($\chi^2 = 50,902$; gl4; $p = 0,000$), o que permite a rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, estando os atributos que os profissionais de saúde consideram exercer maior influência sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde hierarquizados do modo seguinte: [existe possibilidade de marcação de consulta telefonicamente (média de posições 3,26); os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado (média de posições 3,14); há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas (média de posições 3,13)] (quadro 2.97-A).

A leitura do quadro 2.97-A mostra ainda que os dados relativos ao bloco factorial política de prescrição (factor 3), provenientes da análise de 94 casos válidos, revelam um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 116,303$; gl5; $p = 0,000$), permitindo a rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%.

Com base nos resultados observados verifica-se que as variáveis que os profissionais consideram de maior influência na qualidade organizacional, tendo como objecto de análise o conjunto de variáveis agregadas no factor 3, assumem a seguinte hierarquia de ordem: [os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura (média de posições 4,77); é fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos (média de posições 3,84)].

A análise dos resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostra também que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional do Centro de Saúde relacionada com a gestão do tempo (factor 4). Com base na análise de 102 casos válidos constata-se a existência de um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 98,269$; gl5; $p = 0,000$), o que permite levar à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis que os profissionais consideram de maior influência sobre a qualidade organizacional hierarquizadas do seguinte modo: [existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e utentes (média de

posições 4,18); existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados (média de posições 4,03); existe monitorização da demora na marcação de consultas (média de posições 3,75)] (quadro 2.97-B).

Quadro 2.97-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde (estudo comparativo de *Friedman*)

Dimensão prestação de cuidados de saúde	N	Média	Média posições	χ^2	p
Factor 4 Gestão do Tempo (gl5)				98,269	0,000
Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta	102	2,15	2,71		
Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta	102	2,13	2,62		
Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários e utentes	102	2,93	4,18		
Existe monitorização da demora na marcação de consultas	102	2,71	3,75		
Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos Registos Clínicos	102	2,65	3,71		
Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados	102	2,85	4,03		
Factor 5 Organização Marcação Consulta (gl3)				164,540	0,000
Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas em cada consultório	111	3,03	2,81		
O médico de família é incentivado a visitar os seus doentes durante o internamento hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares	111	1,72	1,37		
Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes	111	3,35	3,14		
Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias	111	2,97	2,68		
Factor 7 Comunicação (gl3)				53,702	0,000
Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos	112	3,44	2,67		
São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição	112	3,43	2,67		
Existem reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e organizativas	112	2,93	1,95		
Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta	112	3,46	2,71		
Factor 8 Gestão da Informação (gl3)				22,949	0,000
Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico	104	3,39	2,57		
Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais	104	3,13	2,27		
A pedido do doente é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico	104	3,52	2,84		
Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados	104	3,19	2,31		

Fonte: Inquérito

Os dados do estudo revelam ainda um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 164,540$; gl3; $p = 0,000$) para a avaliação feita pelos inquiridos aos atributos da qualidade organizacional agregados no factor 5. A análise de 111 casos válidos revela que, para os respondentes, os atributos que mais influência exercem sobre a qualidade da organização da marcação de consultas são a existência de indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes (média de posições 3,14) e a existência de instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas (média de posições 2,81) (quadro 2.97-B).

Em relação ao bloco factorial comunicação (factor 7), a análise de 112 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 53,702$; gl3; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis que os profissionais consideram exercer maior influência sobre a qualidade organizacional hierarquizadas do seguinte modo: [há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta (média de posições 2,71); todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos (média de posições 2,67)].

Quanto à gestão da informação (factor 8), a análise de 104 casos válidos mostra a existência de diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que mais influenciam a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, revelando os dados um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 22,949$; gl3; $p = 0,000$) que permite rejeitar a hipótese nula, ao nível de significância de 5%.

Síntese

O estudo comparativo de *Friedman*, para além de demonstrar a existência de atributos da qualidade organizacional que os profissionais valorizam de modo diferente, fornece evidência empírica de que há diferenças significativas no modo como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, como tinha sido demonstrado quer pela análise descritiva dos dados, quer pela análise de componentes principais, quer ainda pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

Com base nos valores do teste e nos valores das médias de posições (*Ranks*), pode dizer-se que, na dimensão prestação de cuidados de saúde, os atributos de qualidade organizacional relacionados com a confidencialidade, acessibilidade e segurança dos registos clínicos (arquivo dos registos clínicos em locais próprios e seguros, manipulação dos registos clínicos só por pessoal autorizado, arquivo e segurança dos registos de doentes falecidos) se constituem como boas práticas na organização e gestão dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo, assim como os atributos de qualidade organizacional relacionados com a organização e a qualidade dos registos clínicos (utilização nos grupos de risco de suporte de registos individuais e a utilização por todos os profissionais dos suportes de folha A4 como suporte de registo clínico).

2.3.5 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise descritiva dos dados)

A exploração dos dados relativos a esta temática foi feita com base em cinco critérios: avaliação e monitorização da qualidade; avaliação da satisfação dos utentes; avaliação da satisfação dos profissionais; formação contínua multiprofissional; incentivos à investigação.

A matriz dos dados da dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade é composta por 26 variáveis e 115 indivíduos e traduz a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, segundo os critérios acima descritos.

a) Estudo da percepção da qualidade organizacional relativa à avaliação e monitorização da qualidade

A Qualidade é a problemática em estudo. Ao longo da componente teórica foram apresentadas algumas definições e perspectivas da qualidade e da qualidade dos Serviços de Saúde.



Com base nesses conceitos e perspectivas, e no reconhecimento da importância da qualidade dos serviços de saúde para a satisfação plena das necessidades dos cidadãos, surpreendem, pela negativa, os resultados extraídos da matriz sobre a avaliação que os profissionais de saúde fizeram das organizações onde trabalham, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade.

A leitura dos dados do quadro 2.98-A mostra que não há homogeneidade na forma como os profissionais se expressam em relação aos aspectos focados sobre a avaliação e monitorização da qualidade.

Relativamente à questão da existência de programas de actividades de garantia da qualidade devidamente programadas, observa-se uma grande dispersão dos dados: sem qualidade 23,8%; com pouca qualidade 26,7%; com alguma qualidade 34,3%; com qualidade 15,2%. O mesmo sucede em relação aos seguintes atributos: os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho (sem qualidade 15,9%; com pouca qualidade 20,6%; com alguma qualidade 34,3%; com qualidade 22,4%); anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com os profissionais (sem qualidade 17,0%; com pouca qualidade 24,5%; com alguma qualidade 32,5%; com qualidade 26,4%).

b) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à avaliação da satisfação dos utentes

A avaliação da satisfação dos utentes tem sido utilizada em muitos trabalhos empíricos como indicador da qualidade dos serviços de saúde. Prover serviços com qualidade pressupõe a existência de sistemas de medida e controle. Têm de ser medidos e controlados os serviços prestados, mas também a satisfação dos consumidores, porque “se ignorarmos as perspectivas dos doentes em relação ao tipo preferido de cuidados, poderemos estar a negligenciar aspectos da prestação de cuidados que sejam considerados importantes pelo consumidor destes mesmos cuidados” (Ferreira et al, 2003: 15).

A análise das respostas expressas pelos profissionais de saúde sobre esta temática revelou grande diversidade de opiniões. Em relação à questão existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes verifica-se uma grande dispersão dos dados: sem qualidade 26,4%; com pouca qualidade 22,7%; com alguma qualidade 30,9%; com qualidade 20,0%, verificando-se idêntico comportamento em relação às restantes variáveis (quadro 2.98-A).

Quadro 2.98-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise descritiva dos dados)

Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR				Desvio padrão
Avaliação e Monitorização da Qualidade	%	%	%	%	Média	Mediana	Moda	
Existem devidamente programadas actividades de garantia de qualidade	23,8	26,7	34,3	15,2	2,41	2,00	3	1,016
Anualmente é feita a avaliação do C. Saúde e debatida com todos os profissionais	17,0	24,5	32,1	26,4	2,68	3,00	3	1,047
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação de desempenho	15,9	20,6	41,1	22,4	2,70	3,00	3	0,993
Existem relatórios das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	20,0	26,7	31,4	21,9	2,55	3,00	3	1,047
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais das diferentes áreas	18,3	26,9	33,7	21,2	2,58	3,00	3	1,021
Avaliação da Satisfação dos Utentes								
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes	26,4	22,7	30,9	20,0	2,45	3,00	3	1,089
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	25,5	27,4	32,1	15,1	2,37	2,00	3	1,027
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes	5,4	22,3	30,4	42,0	3,09	3,00	4	0,926
É dado conhecimento aos profissionais das causas de satisfação e insatisfação dos utentes	18,0	11,7	42,3	27,9	2,80	3,00	3	1,043
Nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no CS motivadas por falta de satisfação dos utentes	26,9	24,1	31,5	17,6	2,40	2,00	3	1,067
Avaliação da Satisfação dos Profissionais								
Existe avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais	29,5	27,7	27,7	15,2	2,29	2,00	1	1,052
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	31,2	32,1	23,9	12,8	2,18	2,00	2	1,020
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	23,4	27,9	32,4	16,2	2,41	2,00	3	1,022
Nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no CS motivadas por falta de satisfação dos profissionais	30,3	32,1	25,7	11,9	2,19	2,00	2	1,004

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

c) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à avaliação da satisfação dos profissionais

A satisfação é “um constructo que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho” (Vala et al 1998: 109). É uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através da opinião. Em contexto de trabalho resulta da avaliação que cada indivíduo faz relativamente ao grau de realização das suas necessidades, preferências e expectativas acerca da profissão. São-lhe reconhecidas componentes avaliativas, cognitivas e de intenção comportamental dependentes da experiência. Isto é, é a soma das diferenças entre as aspirações e aquilo que o profissional encontra efectivamente na organização, já que é a experiência real que caracteriza a satisfação (Ferreira, 2000).

A análise das respostas expressas pelos profissionais de saúde sobre este tema mostrou que há uma maior concentração dos dados nas duas escalas inferiores (1 sem qualidade; 2 com pouca qualidade), apesar de se verificar uma grande dispersão dos dados em todas as variáveis. Assim, relativamente ao aspecto da existência de avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais, 29,5% consideram-no sem qualidade (escala 1), 27,7% com pouca qualidade, 27,7% com alguma qualidade e 15,2% com qualidade (escala 4), o mesmo sucedendo em relação aos restantes atributos: existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas (sem qualidade 31,2%; com pouca qualidade 32,1%; com alguma qualidade 23,9%; com qualidade 12,8%); nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no Centro de Saúde por falta de satisfação dos profissionais (sem qualidade 30,3%; com pouca qualidade 32,1%; com alguma qualidade 25,7%; com qualidade (escala 4) 11,9%). (quadro 2.98-A)

d) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à formação contínua multiprofissional

No ambiente turbulento em que as organizações de saúde se movimentam, imposto por uma frenética alteração do seu capital tecnológico, sobretudo à custa do

Plano Operacional da Saúde – Saúde XXI – Medida 2.2, cujo objectivo tem sido a criação e implementação de uma rede de informação da saúde, onde os projectos da tipologia SONHO e SINUS permitiram assegurar a parte da infraestrutura tecnológica e o arranque do sistema de informação em grande número dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo de forma relevante para a modernização e racionalização da gestão administrativa e dos processos relativos aos registos dos doentes e à gestão da actividade assistencial (Ministério da Saúde s.d.), a formação contínua dos Recursos Humanos para as novas tarefas, decorrentes dos projectos de modernização sectoriais, constitui um contributo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste ambiente de inovação tecnológica sobressaem os sistemas de arquivo e comunicação de imagens (*Picture Archiving Communication Systems*) que permitem operacionalizar os *interfaces* de todas as suas componentes, assim como os sistemas informáticos que permitem o diagnóstico à distância (telemedicina).

Neste contexto, a formação contínua assume-se como uma área vital para o futuro das organizações de saúde e para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos, na qual todos os profissionais e gestores têm de colocar o seu mais elevado empenho.

A leitura dos dados do quadro 2.98-B revela que apesar de haver uma maior concentração de respostas nas escalas 3 (com alguma qualidade) e 4 (com qualidade), existe ainda alguma dispersão dos dados, indicando uma certa diversidade de opiniões sobre a política de formação seguida pelos Centros de Saúde em estudo.

A análise dos dados mostra também que foram considerados com qualidade (escala 4): existe informação acessível sobre oportunidades de formação (43,4%); existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais (39,5%); existe plano anual de formação que engloba todos os sectores (38,9%).

A leitura do quadro 2.98-B mostra ainda que foram considerados com alguma qualidade (escala 3): existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos (42,3%); existem acordos com outras instituições de saúde para cooperação no âmbito da formação (41,4%).

e) Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde relativa à investigação científica

A melhoria da qualidade e do desempenho das organizações de saúde requer uma abordagem de desenvolvimento que aplique a investigação a um processo de mudança planeada. Os decisores necessitam de respostas para muitas questões, quer sobre a organização das equipas profissionais, quer sobre a melhoria do ambiente em que decorre a prestação de cuidados de saúde, quer sobre a configuração dos serviços locais de modo a garantir a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde com qualidade.

Quadro 2.98-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e o desenvolvimento da qualidade (análise descritiva dos dados)

	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
	%	%	%	%				
Formação Contínua Multiprofissional								
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores	8,8	16,8	35,4	38,9	3,04	3,00	4	0,958
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais	15,8	21,1	32,5	30,7	2,78	3,00	3	1,054
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação	16,2	24,3	33,3	26,1	2,69	3,00	3	1,034
Existem mecanismos para a partilha dos conhecimentos e experiências obtidos em acções de formação	14,9	24,6	33,3	27,2	2,73	3,00	3	1,024
Existe Biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais	7,0	18,4	35,1	39,5	3,07	3,00	4	0,929
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos	14,4	8,1	42,3	35,1	2,98	3,00	3	1,009
Existem actividades de formação contínua integradas nas rotinas normais de trabalho	27,9	25,2	30,6	16,2	2,35	2,00	3	1,059
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação	7,1	14,2	35,4	43,4	3,15	3,00	4	0,918
Existem acordos com outras instituições de saúde para cooperação no âmbito da formação	14,4	21,6	41,4	22,5	2,72	3,00	3	0,974
Incentivos à Investigação								
Existem projectos de investigação no corrente ano	41,7	18,5	23,1	16,7	2,15	2,00	1	1,142
Existem incentivos à actividade de investigação	57,0	28,0	8,4	6,5	1,64	1,00	1	0,893
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano	49,5	24,8	20,0	5,7	1,82	2,00	1	0,948

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

A análise das opiniões expressas pelos profissionais sobre este tema mostra que foram considerados sem qualidade (escala 1) existem incentivos à actividade de investigação (57,0%), houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação (49,5%) e existem projectos de investigação no corrente ano (41,7%) (quadro 2.98-B). Esta é uma área em fase embrionária de desenvolvimento nas organizações de saúde, contudo, é necessário apoiar, incentivar e sustentar as investigações, pois só decisões baseadas em evidências podem informar as decisões práticas sobre a saúde e os cuidados de saúde. A informação produzida deve, pois, repercutir-se na melhoria dos serviços de saúde.

Síntese

As opiniões expressas pelos profissionais de saúde sugerem a existência de atributos relativos à educação contínua e desenvolvimento da qualidade que possuem alguma qualidade. Com base nos valores médios verifica-se que os atributos mais valorizados dizem respeito à existência de informação acessível sobre oportunidades de formação (média 3,15), à existência de outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes (média 3,09), à existência de biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais (média 3,07) e à existência de um plano anual de formação englobando todos os sectores (média 3,04).

Mas o que mais sobressai da avaliação feita é a existência de um número considerável de atributos que os profissionais consideram como não tendo qualidade ou como sendo de pouca qualidade, sobretudo os relacionados com a investigação científica: [existem incentivos à actividade de investigação (média 1,64; mediana 1,00; moda 1); houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação (média 1,82; mediana 2,00; moda 1); existem projectos de investigação no corrente ano (média 2,15; mediana 2,00; moda 1)]. Também os atributos relativos à avaliação da satisfação dos profissionais foram como tendo pouca ou nenhuma qualidade: [existe avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais (média 2,29; mediana 2,00; moda 1); existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas (média 2,18; mediana 2,00; moda 2); nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais (média 2,19; mediana 2,00; moda 2)].

Com base nestes resultados pode dizer-se ser a dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade uma das áreas a necessitar de reformas profundas, de molde a elevar os seus níveis de qualidade, podendo mesmo dizer-se que existe nos centros de saúde, nesta dimensão, uma configuração organizacional que se caracteriza por uma ausência de cultura da qualidade, o que leva a supor que as relações que se estabelecem entre os órgãos de gestão e os profissionais, e os profissionais entre si, não são suficientemente consistentes para levar por diante os diversos processos de desenvolvimento de qualidade organizacional existentes nos Centros de Saúde em estudo, o que influencia de modo negativo a avaliação feita pelos profissionais, sendo as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam os piores indicadores de qualidade a área da investigação científica, a área de avaliação da satisfação dos profissionais e a área da avaliação e monitorização da qualidade. Os resultados encontrados são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde**, apresentando a dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade áreas organizacionais a necessitarem de profundas melhorias da qualidade organizacional, na perspectiva dos seus profissionais.

2.3.5.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Para cumprimento do segundo objectivo deste estudo foi aplicada uma análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional e de gestão relativas à dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,859) e do teste de *Bartlett* ($\chi^2 = 1960,673$; gl325; $p = 0,000$), que informam sobre a adequação da matriz de 26*26 para a análise factorial.

Para a extracção dos factores foi utilizado o critério de *Kaiser* (factores com valor próprio (*Eigenvalue*) maior que 1,00), observando-se que a hierarquia da importância das respostas expressas, de acordo com a análise factorial, se organiza segundo seis principais factores (quadro 2.99).

Quadro 2.99 Extração dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Factores	Valores próprios			Extração da soma do quadrado dos pesos			Rotação da soma do quadrado dos pesos		
	Total	%de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.
1	12,368	47,571	47,571	12,368	47,571	47,571	4,859	18,689	18,689
2	2,423	9,319	56,890	2,423	9,319	56,890	3,753	14,435	33,124
3	1,398	5,377	62,267	1,398	5,377	62,267	3,446	13,256	46,380
4	1,295	4,982	67,250	1,295	4,982	67,250	2,991	11,504	57,884
5	1,146	4,409	71,658	1,146	4,409	71,658	2,641	10,156	68,040
6	1,043	4,011	75,669	1,043	4,011	75,669	1,984	7,630	75,669
7	,871	3,351	79,020						
8	,746	2,867	81,888						
9	,630	2,424	84,312						
*	*	*	*						
26	,027	,104	100,00						

Fonte: Inquérito

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 26*6 sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de seis factores com uma inércia total na ordem de 75,669%. Assim, foram extraídos seis factores com valores próprios superiores a um.

Quanto ao grau de coerência de representatividade na agregação das variáveis para a obtenção da solução factorial de seis componentes, verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a correspondente à existência de avaliação e monitorização anual da satisfação dos utentes (86,2%), sendo a variável referente à existência de actividades de formação integradas nas rotinas normais de trabalho a que comporta a menor qualidade de representação (62,6%) (quadro 2.100).

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 12,4, explicando por si só 47,571% da variância total dos dados iniciais, contribuíram as seguintes variáveis: nos últimos doze meses foram introduzidas algumas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais; existe avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais; existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas; existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais; nos últimos doze meses foram introduzidas algumas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes; os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional; existem actividades de formação contínua integradas nas rotinas normais de trabalho.

Quadro 2.100 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	
Variáveis	Comunalidade
Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade	0,698
Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais	0,833
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional	0,786
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,833
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores	0,783
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes	0,862
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,857
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos tentes	0,722
É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes	0,735
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes	0,683
Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual da satisfação dos profissionais	0,780
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,828
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	0,707
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais	0,831
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço	0,687
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais	0,861
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação	0,775
Existe mecanismo para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação	0,727
Existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais	0,732
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos	0,777
Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho	0,625
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação	0,658
Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua	0,719
Existem projectos de investigação no corrente ano	0,729
Existem incentivos à actividade de investigação	0,789
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano	0,655

Fonte: Inquérito

Este factor contém em si os elementos essenciais para o desenvolvimento nos Centros de Saúde de sistemas de garantia da qualidade que adoptem como modelo os critérios básicos para a melhoria da qualidade organizacional, como os preconizados pela maioria dos sistemas de gestão da qualidade mais divulgados (Gestão pela Qualidade Total; Normas ISO 9000:2000; Prémio Europeu da Qualidade; Balanced Scorecard) e que se consubstanciam em acções preventivas e correctivas; orientação para o cliente; decisões baseadas em factos; *feedback* aos profissionais dos resultados obtidos; avaliação do desempenho e formação contínua.

Quadro 2.101 Factores explicativos da variância da percepção da qualidade organizacional
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional
dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais	0,796					
Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual da satisfação dos profissionais	0,732					
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,703					
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	,667					
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes	0,604					
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional	0,603					
Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho	0,578					
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais		0,841				
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação		0,762				
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação		0,694				
Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua		0,570				
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço		0,550				
Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais			0,779			
Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade			0,729			
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores			0,596			
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas			0,588			
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos tentes				0,735		
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes				0,713		
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas				0,683		
É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes				0,563		
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos					0,856	
Existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais					0,733	
Existe mecanismo para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação					0,556	
Existem incentivos à actividade de investigação						0,700
Existem projectos de investigação no corrente ano						0,663
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano						0,634

Fonte: Inquérito

Em função das variáveis agregadas, o factor um pode ser interpretado como o da garantia da qualidade (quadro 2.101).

O factor dois, com valor próprio da ordem de 2,4, explicando 9,319% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais; existe uma política explicitada de participação em acções de formação; existe informação acessível sobre oportunidades de formação; existem acordos com outras instituições de saúde para cooperação no âmbito da formação contínua; existe plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço. Este factor contém em si elementos essenciais ao desenvolvimento no Centro de Saúde de um sistema de gestão da qualidade baseado em critérios assentes no estímulo das competências cognitivas dos profissionais por meio de acções de formação. Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o do desenvolvimento de competências (quadro 2.101).

A formação do terceiro factor, que detém um valor próprio na ordem de 1,4, explicando 5,377% da variância ainda não explicada, resultou da agregação do seguinte conjunto de variáveis: anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais; existem devidamente programadas actividades de garantia da qualidade; existe *feedback* da informação aos profissionais dos diferentes sectores; existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas. Em função das variáveis agregadas, este factor pode ser designado de monitorização da qualidade.

O quarto factor, com valor próprio na ordem de 1,3, explicando 4,892% da variância, é o resultado da agregação das seguintes variáveis: existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes; existe avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos utentes; existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas; é dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes. Este factor incorpora em si os elementos relativos à avaliação da satisfação do utente, enquanto indicador da qualidade

organizacional dos serviços de saúde, e sua conseqüente monitorização, assim como à informação que é devida aos profissionais sobre o grau de satisfação dos utentes. Em função das variáveis agregadas, este factor pode ser designado de avaliação da satisfação dos utentes/indicador de qualidade.

Para a formação do quinto factor, que detém um valor próprio na ordem de 1,15 e explica 4,409% da variância, contribuiu a agregação das seguintes variáveis: existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos; existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais; existe mecanismo para partilha dos conhecimentos e de experiências obtidos em acções de formação. Este factor contém em si os atributos centrados na disseminação do conhecimento pela organização, pelo que pode ser interpretado como o factor da gestão do conhecimento.

O factor seis, com valor próprio da ordem de 1,04, explicando 4,011% da variância, é o resultado da agregação do seguinte conjunto de variáveis: existem incentivos à actividade de investigação; existem projectos de investigação no corrente ano; houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação. Este factor congrega em si os atributos assentes na lógica da gestão da qualidade baseada na evidência, pelo que pode ser interpretado como o da investigação científica (quadro 2.101).

Como resultado da aplicação da análise de componentes principais, aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, foram extraídos seis factores principais que explicam 75,669% da variância total, sendo o mais importante o representado pelo factor da garantia da qualidade (FDQ1), com média de *scores* de 16,3571 (variância total explicada 18,689%), seguido do factor do desenvolvimento de competências (FDQ2) como o segundo mais importante, com valor médio de *scores* 14,4393 (variância total explicada 14,435%). A média mais baixa dos seis factores situa-se ao nível da estrutura factorial da gestão do conhecimento (FDQ5), com uma média de *scores* de 8,8073 (variância total explicada 10,156%), e da estrutura factorial

da gestão científica (FDQ6), com uma média de *scores* de 5,5980 (variância total explicada 7,6300%) (quadro 2.102).

Quadro 2.102 Média dos factores caracterizadores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
FDQ1	16,3571	5,76561	7	28	98	Garantia da qualidade
FDQ2	14,4393	3,91460	5	20	107	Desenvolvimento de competências
FDQ3	10,210	3,57685	4	16	100	Monitorização da qualidade
FDQ4	10,6346	3,59087	4	16	104	Avaliação satisfação utentes
FDQ5	8,8073	2,48133	3	12	109	Gestão do conhecimento
FDQ6	5,5980	2,27887	3	11	102	Investigação científica

Fonte: Inquérito

Síntese

Os resultados da aplicação da análise factorial aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde mostram que existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Como resultado da aplicação da análise factorial foram extraídos seis factores com valores próprios superiores a um e que explicam 75,669% da variância total dos dados iniciais, ficando por explicar cerca de 25% da variância dos dados, o que prova que existem outros factores que contribuem para as práticas organizacionais nos Centros de Saúde em estudo que exercem influência sobre a qualidade organizacional, mas que não foram identificadas pela análise factorial.

Contudo, pode dizer-se que os seis principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, cujo perfil é definido por uma forte componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos à

avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais e à formação em serviço; por uma segunda componente (factor 2) que contém os atributos da qualidade relacionados com a formação contínua; por uma terceira componente (factor 3), que reúne os atributos de qualidade relacionados com a avaliação e monitorização da qualidade no centro de saúde; por uma quarta componente (factor 4), que consubstancia os atributos da qualidade organizacional relacionados com a avaliação e monitorização da satisfação dos utentes; por uma quinta componente (factor 5), que contém os atributos de qualidade organizacional relacionados com a gestão do conhecimento; e por uma sexta componente (factor 6), que agrega os atributos de qualidade organizacional relacionados com a actividade científica desenvolvida ao nível dos Centros de Saúde, que os profissionais consideram como os piores indicadores de qualidade organizacional e que influenciam negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em estudo.

2.3.5.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Para dar cumprimento ao terceiro objectivo definido para este trabalho: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos de qualidade organizacional nos Centros de Saúde em estudo**, procedeu-se à realização da análise comparativa das opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, tendo como factores de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças nas respostas expressas, ao nível de significância de 5%.

Os dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram a existência de diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre alguns dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Quadro 2.103 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Educação Contínua e Desenvolvimento Qualidade						
Factor 1 Garantia da qualidade	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais	0,796	43,66	62,23	58,50	7,491	0,024
Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual da satisfação dos profissionais	0,732	38,30	61,68	67,20	16,885	0,000
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,703	40,96	61,26	61,46	10,593	0,005
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	0,667	39,61	58,54	68,29	16,171	0,000
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes	0,604	47,11	62,67	53,96	4,727	0,094
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional	0,603	41,51	66,57	53,20	12,970	0,002
Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho	0,578	48,70	66,26	53,04	6,427	0,040
Factor 2 Desenvolvimento de competências						
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais	0,841	45,65	78,63	48,09	25,334	0,000
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação	0,762	49,78	70,25	47,42	12,329	0,002
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação	0,694	51,72	67,04	52,49	5,944	0,051
Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua	0,570	54,70	64,89	48,84	5,180	0,075
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço	0,550	47,78	70,66	52,32	11,565	0,003
Factor 3 Monitorização da qualidade						
Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais	0,779	47,03	54,59	59,07	3,002	0,223
Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade	0,729	52,33	52,90	53,79	0,044	0,978
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores	0,596	40,84	57,28	59,51	8,601	0,014
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,588	43,67	58,40	57,32	5,546	0,062
Factor 4 Avaliação da satisfação dos utentes						
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes	0,735	47,93	62,46	58,85	4,429	0,109
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes	0,713	53,59	57,37	55,63	0,271	0,873
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,683	47,23	56,61	56,67	2,347	0,309
É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes	0,563	46,91	61,29	59,84	4,993	0,082
Factor 5 Gestão do conhecimento						
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos	0,856	58,71	57,63	53,85	0,324	0,851
Existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais	0,733	49,67	63,50	58,85	3,759	0,153
Existe mecanismo para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação	0,556	51,08	68,33	53,04	6,688	0,035
Factor 6 Investigação científica						
Existem incentivos à actividade de investigação	0,700	56,40	48,73	56,72	1,898	0,387
Existem projectos de investigação no corrente ano	0,663	52,26	67,72	43,27	12,278	0,002
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano	0,634	44,34	62,40	52,26	7,230	0,027

Fonte: Inquérito

Assim, analisando a avaliação da qualidade relativa à introdução nos últimos doze meses de alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais, são os enfermeiros quem considera este atributo com mais qualidade [média de posições 62,23; ($\chi^2 = 7,491$; gl2; $p = 0,024$)], mas quanto à existência de avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais são os administrativos que melhor percebem a sua existência como sendo de qualidade [média de posições 67,20; ($\chi^2 = 16,885$; gl2; $p = 0,000$)], assim como em relação à existência de relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas [média de posições 61,46; ($\chi^2 = 10,593$; gl2; $p = 0,005$)] e sobre a existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais [média de posições 68,29; ($\chi^2 = 16,171$; gl2; $p = 0,000$)].

Quanto à inclusão da avaliação do desempenho nos programas de garantia da qualidade, são os enfermeiros que avaliam este aspecto como sendo de qualidade [média de posições 66,57; ($\chi^2 = 12,970$; gl2; $p = 0,002$)], o mesmo sucedendo em relação à avaliação feita sobre a existência de actividades de formação contínua integradas nas rotinas normais de trabalho [média de posições 66,26; ($\chi^2 = 6,427$; gl2; $p = 0,040$)], à existência de levantamento actualizado das necessidades de formação dos diversos sectores profissionais [média de posições 78,63; ($\chi^2 = 25,334$; gl2; $p = 0,000$)], à existência de uma política explicitada de participação em acções de formação [média de posições 70,25; ($\chi^2 = 12,320$; gl2; $p = 0,002$)], à existência de um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço [média de posições 70,66; ($\chi^2 = 11,565$; gl2; $p = 0,003$)], à existência de mecanismos para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação [média de posições 68,33; ($\chi^2 = 6,688$; gl2; $p = 0,035$)] e à existência de projectos de investigação no corrente ano [média de posições 67,72; ($\chi^2 = 12,2785$; gl2; $p = 0,002$)].

Quanto à questão de existência de *feedback* da informação aos profissionais dos diferentes sectores, são os administrativos quem considera este aspecto como sendo de qualidade [média de posições 59,51; ($\chi^2 = 8,601$; gl2; $p = 0,014$)] (quadro 2.103).

A análise dos dados revela que os enfermeiros consideram como sendo de melhor qualidade aspectos da organização relacionados com o desenvolvimento de competências (factor 2), com a avaliação do desempenho e com a formação contínua

Quadro 2.104 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais sobre a qualidade organizacional segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade
(análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Educação Cont. e Desenvl. Qualidade		i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Factor 1 Garantia da qualidade							
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais	0,796	63,97	55,72	49,72	57,41	3,064	0,382
Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual da satisfação dos profissionais	0,732	75,21	60,04	44,33	61,00	14,389	0,002
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,703	71,21	56,14	45,38	60,20	9,992	0,019
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	0,667	76,97	60,90	44,75	55,57	14,697	0,002
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes	0,604	48,41	64,00	52,07	52,60	3,598	0,308
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional	0,603	65,56	58,54	48,30	51,20	5,134	0,162
Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho	0,578	72,34	56,19	50,54	52,67	6,905	0,075
Factor 2 Desenvolvimento de competências							
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais	0,841	68,34	62,81	49,08	58,78	6,170	0,140
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação	0,762	65,26	57,15	50,62	57,11	3,062	0,382
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação	0,694	59,68	66,48	53,50	50,93	4,138	0,247
Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua	0,570	65,31	52,44	54,29	56,09	2,156	0,540
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço	0,550	71,50	54,90	53,03	55,15	5,117	0,163
Factor 3 Monitorização da qualidade							
Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais	0,779	63,39	53,27	48,45	55,05	3,427	0,330
Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade	0,729	61,58	47,61	49,12	59,50	4,121	0,249
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores	0,596	60,83	50,71	46,83	58,48	4,135	0,247
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,588	62,45	53,77	46,85	55,82	4,021	0,259
Factor 4 /avaliação da satisfação dos utentes							
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos tentes	0,735	66,08	60,24	53,58	50,78	3,365	0,339
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes	0,713	68,08	51,80	54,24	51,98	3,727	0,292
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	0,683	62,94	48,90	51,31	55,71	2,670	0,445
É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes	0,563	64,58	56,64	51,10	58,17	2,724	0,436
Factor 5 Gestão do conhecimento							
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos	0,856	63,63	55,96	54,10	53,34	1,658	0,669
Existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais	0,733	67,89	63,15	52,94	51,20	4,905	0,179
Existe mecanismo para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação	0,556	67,34	54,22	54,07	59,93	2,769	0,429
Factor 6 Investigação científica							
Existem incentivos à actividade de investigação	0,700	55,47	47,50	54,53	59,86	2,444	0,485
Existem projectos de investigação no corrente ano	0,663	62,91	58,73	52,43	46,50	3,540	0,316
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano	0,634	64,66	54,15	47,52	54,29	4,488	0,213

Fonte: Inquérito

(factor 1), enquanto o grupo dos administrativos avalia como sendo de melhor qualidade os aspectos organizacionais relacionados com a satisfação dos profissionais (factor 1) e com a partilha da informação (factor 3).

Os dados revelam ainda que os médicos surgem como o grupo profissional que menos qualidade atribuiu aos aspectos da organização dos Centros de Saúde.

Os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre as opiniões expressas pelos profissionais de saúde, tendo como variável independente a antiguidade na profissão, mostram que existem diferenças significativas nas opiniões expressas sobre alguns dos aspectos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.

Assim, analisando a avaliação da qualidade relativa à existência de avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais, são os elementos incluídos no grupo que detém nove ou menos anos de antiguidade na profissão os que melhor percebem este atributo como sendo de qualidade [média de posições 75,21; ($\chi^2 = 14,389$; gl3; $p = 0,002$)], o mesmo se verificando em relação à existência de relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas [média de posições 71,212; ($\chi^2 = 9,992$; gl3; $p = 0,019$)] e em relação à existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais, sugerindo estes resultados serem os profissionais das camadas mais jovens aqueles que se encontram mais sensibilizados para a importância da satisfação profissional como elemento indutor da motivação que conduz a melhores desempenhos, valorizando ainda este grupo etário a comunicação informal das causas que provocam a insatisfação dos profissionais (quadro 2.104).

Síntese

Os resultados obtidos, revelam que existem diferenças significativas de percepção dos atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais**

diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão, não sendo por isso possível a definição de um perfil homogêneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com os diversos factores sócio-organizacionais como a cultura organizacional, o modelo de gestão e chefia, o modelo de comunicação, a dinâmica dos grupos, os valores organizacionais, as identidades profissionais e o desenvolvimento de competências humanas, relacionais e sociais.

Os resultados mostram ainda serem a profissão e a antiguidade na profissão elementos de influência na percepção da qualidade organizacional relacionada com a educação contínua e o desenvolvimento da qualidade nos Centros de Saúde em estudo.

2.3.5.3 Estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização dos respondentes sexo e local de trabalho, procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%, tendo-se optado pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos etários, grupos profissionais e grupos baseados na antiguidade na profissão.

A análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos, masculino e feminino, mostra que os resultados da estatística do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a existência de diferenças significativas na percepção do factor de qualidade [monitorização da qualidade_rec: (K-S Z = 1,443; p = 0,031)], levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.105 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade		Garantia Qualidade rec	Desenvolvimento Competências rec	Monitorização Qualidade rec	Avaliação Satisfação Utentes rec	Gestão Conhecimento rec	Investigação Científica rec
Sexo							
Most Extreme Differences	Absolute	0,107	0,006	0,321	0,175	0,003	0,069
	Positive	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,069
	Negative	-0,107	-0,006	-0,321	-0,175	0,000	0,000
Kolmogorov-Smirnov Z		0,479	0,026	1,443	0,791	0,012	0,309
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,976	1,000	0,031	0,559	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

A leitura do quadro 2.105 mostra ainda que em relação aos restantes factores tanto os valores da estatística do teste como os valores de significância levam à não rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que não há diferenças significativas na percepção dos seguintes factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde entre homens e mulheres: [garantia de qualidade_rec: (K-S Z = 0,497; p = 0,976); (desenvolvimento de competências_rec: K-S Z = 0,026; p = 1,000); (avaliação da satisfação dos utentes_rec: K-S Z = 0,791; p = 0,559); (gestão do conhecimento_rec): K-S Z = 0,012; p = 1,000); (investigação científica_rec: K-S Z = 0,309; p = 1,000)].

Quadro 2.106 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade		Garantia Qualidade rec	Desenvolvimento Competências rec	Monitorização da Qualidade rec	Avaliação Satisfação Utentes rec	Gestão Conhecimento rec	Investigação Científica rec
Local de trabalho							
Most Extreme Differences	Absolute	0,044	0,041	0,214	0,058	0,024	0,009
	Positive	0,044	0,041	0,214	0,058	0,000	0,009
	Negative	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,024	0,000
Kolmogorov-Smirnov Z		0,216	0,209	1,065	0,292	0,122	0,043
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	0,206	1,000	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

A análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, mostra

que os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional: [(garantia de qualidade_rec: K-S Z = 0,216; p = 1,000); (desenvolvimento de competências_rec: K-S Z = 0,209; p = 1,000); monitorização da qualidade_rec: K-S Z = 1,065; p = 0,206); (avaliação da satisfação dos utentes_rec: K-S Z = 0,292; p = 1,000); (gestão do conhecimento_rec: K-S Z = 0,122; p = 1,000); (investigação científica_rec: K-S Z = 0,043; p = 1,000)].

Os resultados obtidos permitem afirmar que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, pelo que se não rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%, concluindo-se não ser o local de trabalho um elemento de influência sobre o modo como os profissionais percebem os factores de qualidade organizacional na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, nos Centros de Saúde em estudo (quadro 2.106).

Para o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, procedeu-se à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.107 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade Factor	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	P
Garantia da qualidade_rec	61,97	55,14	41,87	52,17	10,098	0,018
Desenvolvimento de competências_rec	63,00	51,85	52,08	52,97	4,368	0,224
Monitorização da qualidade_rec	51,88	46,07	50,48	55,00	1,352	0,717
Avaliação da satisfação dos utentes_rec	57,00	51,91	51,28	52,67	0,667	0,881
Gestão do conhecimento_rec	58,44	47,06	56,87	57,69	4,821	0,185
Investigação científica_rec	56,31	51,74	48,88	54,40	1,400	0,706

Fonte: Inquérito

Os resultados do quadro 2.107 mostram que há diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec [média de posições 61,97; ($\chi^2 = 2,076$;

gl3; $p = 0,478$)] quando se considera a variável grupo etário, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%, sendo o grupo com 34 ou menos anos aquele que melhor percebe este factor como sendo de qualidade.

A análise dos dados do quadro 2.108 mostra que existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional, observando-se que, em relação ao factor garantia da qualidade_rec (factor 1), são os enfermeiros quem melhor percebe este factor como sendo de qualidade [média de posições 58,41; ($\chi^2 = 15,184$; gl2; $p = 0,185$)], o mesmo se verificando em relação ao factor desenvolvimento de competências_rec (factor 2) [média de posições 61,51; ($\chi^2 = 8,623$; gl2; $p = 0,013$)], situação que já se havia verificado aquando do estudo das diferenças de percepção dos itens dos conjuntos factoriais.

Quadro 2.108 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade Factor	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Garantia da qualidade_rec	36,79	58,41	53,80	15,184	0,001
Desenvolvimento competências_rec	47,71	61,51	52,60	8,623	0,013
Monitorização da qualidade_rec	46,91	50,83	53,86	1,438	0,487
Avaliação satisfação dos utentes_rec	47,06	56,63	53,66	2,707	0,258
Gestão do conhecimento_rec	53,60	52,39	58,76	1,975	0,372
Investigação científica_rec	48,57	58,00	47,91	3,652	0,161

Fonte: Inquérito

Os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* fornecem evidência significativa que permite afirmar ser a profissão um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Quanto à variável de caracterização antiguidade na profissão, a leitura dos dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostra que existem diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec [média de posições

65,44; ($\chi^2 = 18,796$; gl3; $p = 0,000$)], sendo os profissionais com antiguidade na profissão igual ou inferior a nove anos aqueles que melhor percebem este factor como sendo de qualidade. Face aos resultados obtidos pode dizer-se que existe evidencia significativa que permite afirmar ser a antiguidade na profissão um elemento de influência na percepção deste factor de qualidade, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5% (quadro 2.109).

Quadro 2.109 Estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade Factor	i9 ou menos	i10a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou + anos	χ^2	p
Garantia da qualidade_rec	65,44	56,83	38,17	53,03	18,796	0,000
Desenvolvimento de competências_rec	60,03	56,58	48,99	55,70	4,797	0,187
Monitorização da qualidade_rec	55,74	47,50	47,26	55,60	2,879	0,441
Avaliação da satisfação dos utentes_rec	60,82	51,09	49,91	52,67	2,489	0,477
Gestão do conhecimento_rec	61,63	49,24	54,36	57,07	4,118	0,249
Investigação científica_rec	59,50	51,00	50,23	49,30	1,807	0,613

Fonte: Inquérito

Síntese

Os resultados do estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo a variável independente sexo, sugerem a existência de diferenças significativas na percepção do factor de qualidade monitorização de qualidade_rec ($p = 0,031 < 0,05$), o mesmo se verificando quanto à percepção do factor de qualidade organizacional garantia de qualidade_rec quando se consideram as variáveis independentes grupo etário ($p = 0,018 < 0,05$), profissão ($p = 0,001 < 0,05$) e antiguidade na profissão ($p = 0,000 < 0,05$).

Os resultados obtidos permitem concluir serem aquelas variáveis de caracterização elementos de influência na percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, sendo estes elementos a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

2.3.5.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Para a análise comparativa dos factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de qualquer hierarquia de ordem dos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

Os resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostram que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em estudo.

Considerando os dados do bloco factorial garantia de qualidade (factor 1) verifica-se que a análise de 98 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 34,939$; gl6; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [os programas de qualidade incluem a avaliação do desempenho profissional (média de posições 4,74); nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes (média de posições 4,21); existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais (média de posições 4,04)]. Estes são os atributos que os profissionais consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional relacionada com a garantia de qualidade (quadro 2.110-A).

Os resultados mostram, também, que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos Centros de Saúde relacionada com o desenvolvimento de competências (factor 2). Com base na análise de 107 casos válidos, constata-se a existência de um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,359$; gl4; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula ao nível de significância de 5%,

Quadro 2.110-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (estudo comparativo de *Friedman*)

Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	N	Média	Media posições	χ^2	P
Factor 1 Garantia de Qualidade (gl6)				34,939	0,000
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais	98	2,18	3,64		
Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual da satisfação dos profissionais	98	2,27	3,78		
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	98	2,19	3,62		
Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais	98	2,36	4,04		
Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes	98	2,37	4,21		
Os programas de garantia da qualidade incluem avaliação do desempenho profissional	98	2,65	4,74		
Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho	98	2,34	3,97		
Factor 2 Desenvolvimento de Competências (gl4)				37,359	0,000
Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais	107	2,83	2,90		
Existe uma política explicitada de participação em acções de formação	107	2,69	2,68		
Existe informação acessível sobre oportunidades de formação	107	3,14	3,41		
Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua	107	2,73	2,69		
Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço	107	3,05	3,33		
Factor 3 Monitorização da Qualidade (gl3)				7,615	0,055
Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais	100	2,68	2,66		
Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade	100	2,41	2,35		
Existe <i>feedback</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores	100	2,58	2,50		
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	100	2,54	2,51		
Factor 4 Avaliação Satisfação Utentes (gl3)				82,735	0,000
Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos tentes	104	3,08	3,10		
Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes	104	2,42	2,19		
Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas	104	2,36	2,06		
É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes	104	2,78	2,64		

Fonte: Inquérito

encontrando-se as variáveis que os profissionais consideram de maior influência sobre a qualidade organizacional relacionada com o desenvolvimento de competências

hierarquizadas do seguinte modo: [existe informação acessível sobre a oportunidade de formação (média de posições 3,41); existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço (média de posições 3,33)].

Os dados do estudo revelam ainda um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 82,735$ gl3; $p = 0,000$) para a avaliação feita pelos inquiridos às variáveis agregadas no factor avaliação da satisfação dos utentes (factor 4). A análise de 104 casos válidos revela que, para os respondentes, o atributo que mais influência exerce sobre a qualidade organizacional é a existência de outros mecanismos de avaliação da satisfação (média de posições 3,10) (quadro 2.110-A).

Quadro 2.110-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade (estudo comparativo de *Friedman*)

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	N	Média	Media posições	χ^2	p
Factor 5 Gestão do Conhecimento (gl2)				14,788	0,001
Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos	109	2,98	2,06		
Existe biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais	109	3,08	2,16		
Existe mecanismo para a partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação	109	2,74	1,79		
Factor 6 Investigação Científica (gl2)				14,012	0,001
Existem incentivos à actividade de investigação	102	1,67	1,83		
Existem projectos de investigação no corrente ano	102	2,15	2,17		
Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano	102	1,78	2,00		

Fonte: Inquérito

Síntese

Os resultados fornecidos pelo estudo comparativo de *Friedman*, para além de não refutarem a existência de atributos de qualidade organizacional que os profissionais valorizam de modo diferente, fornecem evidência empírica de que há diferenças significativas no modo como os profissionais de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, como tinha sido demonstrado a partir da análise descritiva dos dados, dos resultados da análise factorial e da análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

2.3.6 Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos (análise descritiva dos dados)

A qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, foi analisada de acordo com quatro critérios: identificação das instalações dos serviços e dos profissionais; instalações; equipamentos; saúde, higiene e segurança.

O ambiente físico no qual se desenvolvem as actividades de prestação de cuidados de saúde (amenidades físicas) tem sido relacionado em diversos estudos empíricos com o grau de satisfação dos utentes. As melhores condições físicas dos espaços correspondem a graus mais elevados de satisfação dos utentes, sendo o inverso também verdadeiro, pelo que a satisfação dos utentes tem sido utilizada como indicador da qualidade dos serviços de saúde.

A matriz dos dados da dimensão instalações e equipamentos é composta por 37 variáveis e 115 indivíduos e traduz a opinião dos inquiridos em relação aos aspectos que consideram mais e menos relevantes para a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo.

A análise das respostas expressas pelos inquiridos sobre as questões relacionadas com a identificação das instalações, dos equipamentos e dos profissionais mostra que foram consideradas com boa qualidade (escala 4) os seguintes atributos: a localização do centro de saúde está devidamente assinalada no exterior (76,5%); todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados (76,3%); há sinalização adequada à orientação dos utentes dentro do edifício (67,8%); estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis (65,2%).

A leitura do quadro 2.111-A revela ainda uma grande dispersão dos dados na questão relativa à utilização por todos os profissionais em contacto com o público de cartão de identificação, sugerindo uma grande diversidade de opiniões: sem qualidade (escala 1) (15%); com pouca qualidade (20,9%); com alguma qualidade (29,6%); com qualidade (escala 4) (33,0%).

Quadro 2.111-A Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (análise descritiva dos dados)

Instalações e Equipamentos	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Identificação de Instalações e Profissionais	%	%	%	%				
A localização do C. Saúde está devidamente assinalada no exterior	2,6	6,1	14,8	76,5	3,65	4,00	4	0,714
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício	2,6	7,8	21,7	67,8	3,55	4,00	4	0,752
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados	1,8	2,6	19,3	76,3	3,70	4,00	4	0,609
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público, bem como o nome dos seus responsáveis	3,5	6,1	25,2	65,2	3,52	4,00	40	0,765
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação	16,5	20,9	29,6	33,0	2,79	3,00	4	1,080
Acessibilidade às Instalações								
Existem facilidades de acesso a deficientes	7,8	13,0	17,4	61,7	3,33	4,00	4	0,980
Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde	5,2	6,1	17,4	71,3	3,55	4,00	4	0,830
Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do C. Saúde	10,6	25,7	40,7	23,0	2,76	3,00	3	0,928
Áreas Específicas para as diferentes actividades								
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente	6,3	13,4	40,2	40,2	3,14	3,00	3	0,879
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal	6,1	23,7	36,8	33,3	2,97	3,00	300	0,907
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade a nível visual e auditivo	7,8	21,7	36,5	33,9	2,97	3,00	3	0,936
Cada médico tem um gabinete individual	2,7	1,8	3,5	92,0	3,85	4,00	4	0,570
Existe local próprio para tratamentos	1,8	0,9	5,3	92,1	3,88	4,00	4	0,482
Existem espaços seguros para armazenamento	1,8	3,5	12,2	82,6	3,76	4,00	4	0,601
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso	2,6	5,2	16,5	75,7	3,65	4,00	4	0,701
Existe sala de reuniões	7,9	2,6	6,1	83,3	3,65	4,00	4	0,872

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

Os resultados das opiniões expressas pelos inquiridos sobre a acessibilidade às instalações mostra que foram considerados com boa qualidade (escala 4): existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde (71,3%) e existem facilidades de acesso a deficientes (61,7%). Foi considerado

com alguma qualidade (escala 3) a existência de transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde (40,7%) (quadro 2.111-A).

Em relação às áreas específicas para as diferentes actividades foram consideradas com boa qualidade (escala 4) a existência de local próprio para tratamento (92,1%), a existência de gabinetes individuais para os médicos (92,0%), a existência de sala de reuniões (83,3%), a existência de espaços para tratamento (82,6%) e a existência de instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes, devidamente sinalizadas e de fácil acesso (75,7%).

Foram consideradas com alguma qualidade (escala 3) existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente (40,2%), a área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal (36,8%), os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes, em conforto e segurança, garantindo completa privacidade a nível visual e auditivo (36,5%).

As opiniões expressas pelos inquiridos sobre a existência do mais diverso equipamento indispensável à realização das actividades diárias do centro de saúde, mostram que foram considerados com boa qualidade (escala 4) o centro de saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS (90,4%), é utilizado software específico para codificar as actividades médicas e de enfermagem (79,8%), existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático (49,1%) e os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede (49,1%). Estas duas últimas questões apresentam alguma dispersão dos dados, sendo de referir a percentagem de inquiridos (29,1%) que consideraram o último aspecto sem qualidade (escala 1) (quadro 2.111-B).

Em relação ao sistema de comunicações, a leitura dos dados mostra que foram considerados com qualidade (escala 4) o centro de saúde dispõe de equipamento de fax (93,0%), existe telefone em todos os gabinetes (84,2%) e o sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes (57,9%).

Quanto ao equipamento necessário às actividades, os dados revelam que foram considerados com qualidade (escala 4) os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de medicina geral e familiar (75,4%), a sala de reuniões dispõe de material audiovisual (73,7%), os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento

necessário à sua actividade (71,1%) e as salas de espera dispõem de alguns brinquedos e informação sobre os serviços e material de promoção da saúde (55,7%) (quadro 2.111-B).

Quadro 2.111-B Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (análise descritiva dos dados)

Instalações e Equipamentos	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Equipamento informático	%	%	%	%				
O centro de Saúde dispõem de equipamento informático com o programa SINUS	0,9	1,8	7,0	90,4	3,87	4,00	4	0,451
É utilizado software específico para codificar as actividades médicas e de enfermagem	3,4	7,0	9,6	79,8	3,66	4,00	4	0,762
Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático	4,4	12,3	34,2	49,1	3,28	3,00	4	0,847
Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede	29,1	8,2	13,6	49,1	2,85	3,00	4,00	1,312
Sistema de comunicações								
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	4,4	9,6	28,1	57,9	3,39	4,00	4	0,837
Existe telefone em todos os gabinetes	1,8	0,9	13,2	84,2	3,80	4,00	4	0,535
O C de Saúde dispõe de equipamento de Fax	4,4	0,0	2,6	93,0	3,84	4,00	4	0,632
Equipamento necessário às actividades								
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de medicina geral e familiar	1,8	4,4	18,4	75,4	3,68	4,00	4	0,645
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade	1,8	2,6	24,6	71,1	3,65	4,00	4	0,624
As salas de espera dispõem de alguns brinquedos e informação sobre os serviços e material de promoção da saúde	3,5	4,3	36,5	55,7	3,44	4,00	4	0,740
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual	7,0	6,1	13,2	73,7	3,54	4,00	4	0,894

N 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado

PR = Parcialmente Realizado

QR = Quase Realizado

TR = Totalmente Realizado

Quanto aos atributos de qualidade organizacional relacionados com a saúde, higiene e segurança no local de trabalho, a interpretação dos dados revela que foram considerados com qualidade (escala 4) existem registos analíticos da qualidade da água de consumo (70,3%), o armazenamento de produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada (68,4%), existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios (58,9%), o Centro de Saúde dispõe de um sistema de climatização (53,1%), todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor (52,3%), todo o pessoal do Centro de Saúde

está imunizado contra o tétano e a hepatite B (50,5%) e há sistema de iluminação e de sinalização de emergência (40,0%) (quadro 2.111-C).

Quadro 2.111-C Estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (análise descritiva dos dados)

Instalações e Equipamentos	1 NR	2 PR	3 QR	4 TR	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Saúde, Higiene e Segurança	%	%	%	%				
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de HST em vigor	7,2	6,42	35,1	52,3	3,32	4,00	4,00	0,876
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual	7,1	7,1	46,0	39,8	3,19	3,00	3,00	0,851
Todo o pessoal do Centro de saúde está imunizado contra tétano e hepatite B	9,0	8,1	32,4	50,5	3,24	4,00	4,00	0,946
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo	3,6	4,5	21,6	70,3	3,59	4,00	4,00	0,744
O centro de Saúde possui um sistema de climatização	17,7	15,0	14,2	53,1	3,03	4,00	4,00	1,184
Existe protecção contra o roubo	43,0	14,9	12,3	29,8	2,29	2,00	1,00	1,295
Há sistema de iluminação e de sinalização de emergência	21,8	17,3	20,9	40,0	2,79	3,00	4,00	1,189
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios	6,3	13,4	21,4	58,9	3,33	4,00	4,00	0,934
Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal	28,4	16,5	33,0	22,0	2,49	3,00	3,00	1,127
O armazenamento de produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada	3,5	7,0	21,1	68,4	3,54	4,00	4,00	0,777

N = 115

Fonte: Inquérito

NR = Não Realizado
PR = Parcialmente Realizado
QR = Quase Realizado
TR = Totalmente Realizado

Já quanto à existência de protecção contra roubo, 43,0% dos profissionais consideram que ela não existe (escala1) e quando questionados sobre se existe plano de emergência em caso de catástrofe a dispersão dos dados é grande: sem qualidade (28,4%), com pouca qualidade (16,5%), com alguma qualidade (33,0%) e com qualidade (22,0%).

A garantia de condições de saúde, higiene e segurança no trabalho a todos os profissionais é um imperativo legal que se encontra justificado pela inter-relação e interdependência existente entre trabalho e saúde.

A grande diversidade de profissões que laboram nas organizações de saúde, umas mais ligadas à prestação de cuidados de saúde e outras mais de apoio, e o elevado

número de trabalhadores envolvidos e os riscos ocupacionais a que estão sujeitos exigem de todos uma participação activa na promoção e educação para a saúde e na prevenção dos factores de risco, directa ou indirectamente implicados na ocorrência dos acidentes de trabalho e/ou no aparecimento das doenças ocupacionais, bem como na criação de ambientes propícios ao desempenho de boas práticas laborais.

A multiplicidade e diversidade dos problemas em jogo impõem que a salvaguarda da saúde dos profissionais seja feita com carácter interdisciplinar e pluriprofissional, tendo em conta o contexto social em que a prática profissional se desenvolve, com todos os conflitos e contradições que permanentemente o caracterizam e que muitas vezes conduzem a uma depreciação desse valor essencial que é a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Uva e Faria, 1992).

Desde a antiguidade que o homem tem procurado estabelecer o nexo de causalidade entre trabalho e doenças profissionais e é hoje sobejamente conhecido que o local de trabalho influencia a saúde e a doença de várias formas. Por um lado, pode provocar alterações, muitas das quais irreversíveis, quando os trabalhadores exercem a sua actividade em condições lesivas para a saúde, quando as capacidades individuais disponíveis são inadequadas ou quando o suporte mútuo dos colegas é insuficiente. Porém, o trabalho pode ser visto como uma fonte de desenvolvimento pessoal e de reforço das competências individuais.

O conceito que se tem vindo a desenvolver nos últimos tempos tende a perspectivar o trabalho como elemento promotor de saúde e não como algo penoso, produtor de doença e incapacidade física e mental. Reflexo disso são as orientações que constam da Declaração do Luxemburgo (1997) as quais se referem ao local de trabalho como um espaço privilegiado para a manutenção e a promoção dos níveis de saúde e do bem estar das pessoas, apelando para a congregação de esforços tanto por parte de empregadores, como de trabalhadores, como da sociedade em geral, no sentido de assegurarem o direito à vida e à integridade física e psíquica enquanto trabalham, tarefa que pode ser alcançada através da combinação de estratégias que visem a melhoria das organizações e do local de trabalho, a participação activa de todos os actores envolvidos no processo produtivo e o incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de modo a adquirirem conhecimentos e competências que lhes proporcionem a aplicação de boas práticas no desempenho das suas tarefas.

Síntese

Na globalidade, a avaliação feita pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade organizacional, na dimensão instalações e equipamentos, foi boa, sendo os atributos mais valorizados os relacionados com as áreas específicas para as diferentes actividades, com valores médios que variam de 3,88 relativo à existência de locais próprios para tratamento a 3,65 relativo à existência de instalações sanitárias adequadas tanto para o pessoal como para os utentes.

Foi, ainda, muito valorizada pelos profissionais de saúde a existência de equipamento informático (média 3,87) e a identificação das instalações, com valores médios que variam entre 3,70, no atributo relativo à identificação dos locais de trabalho, e 3,52, no atributo relativo à afixação dos horários dos diferentes sectores de atendimento ao público e identificação dos responsáveis.

Relativamente ao equipamento necessário às actividades, os atributos mais valorizados referem-se à existência nos consultórios do equipamento necessário às consultas de medicina geral e familiar (média 3,68), à existência nos gabinetes de enfermagem do equipamento necessário à sua actividade (média 3,65) e à existência de material audiovisual na sala de reuniões (média 3,54).

Em relação à saúde, higiene e segurança no local de trabalho, os aspectos da organização mais valorizados pelos profissionais relacionam-se com a existência de registos analíticos da qualidade de água de consumo (média 3,59) e com o armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos e infestantes (média 3,54).

Face aos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas pelos respondentes pode esperar-se virem a ser estes atributos considerados como boas práticas de organização dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo, as quais necessitam de serem testadas para serem validadas.

Quanto aos atributos considerados com menos qualidade sobressaem as condições dos consultórios para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, e completa garantia da privacidade a nível visual e auditivo (média 2,97), o espaço da área administrativa e o material existente (média 2,97), a identificação dos profissionais em contacto com o público (2,79), a existência de transportes públicos adequados às necessidades do centro de saúde (2,76), a existência de terminal de computador nos

gabinetes médicos (2,85), o sistema de iluminação e sinalização (média 2,79), a protecção contra o roubo (média 2,29) e a existência de plano de emergência em caso de catástrofe (2,49), sendo estes os atributos que menos contribuem para a qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, na perspectiva dos seus profissionais.

2.3.6.1 Factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos

Para prosseguir o primeiro objectivo definido para este estudo aplicou-se uma análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional relativas à dimensão instalações e equipamentos, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,755) e da estatística do teste de *Bartlett* para 84 indivíduos e 37 variáveis ($\chi^2 = 2542,341$; gl666; $p = 0,000$), que informam sobre a adequação da matriz de 37*37 para a análise factorial, utilizando o critério de *Kaiser* (factores com valor próprio (*Eigenvalue*) maior que 1,00), tendo a matriz de 37*37 sido considerada adequada para a análise factorial.

Quadro 2.112 Extracção dos factores explicativos da variância relativa à percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos

Factores	Valores próprios iniciais			Extracção da soma do quadrado dos pesos			Rotação da soma do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.	Total	% de Variância	% Acumul.
1	13,518	36,535	36,535	13,518	36,535	36,535	5,183	14,008	14,008
2	3,173	8,576	45,110	3,173	8,576	45,110	3,872	10,464	24,472
3	2,282	6,167	51,277	2,282	6,167	51,277	3,401	9,193	33,664
4	2,066	5,583	56,860	2,066	5,583	56,860	3,268	8,832	42,497
5	1,821	4,921	61,781	1,821	4,921	61,781	2,952	7,979	50,475
6	1,434	3,875	65,657	1,434	3,875	65,657	2,926	7,909	58,385
7	1,178	3,185	68,842	1,178	3,185	68,842	2,365	6,392	64,777
8	1,069	2,889	71,731	1,069	2,889	71,731	1,837	4,964	69,741
9	1,000	2,703	74,434	1,000	2,703	74,434	1,736	4,693	74,434
10	,970	2,623	77,057						
11	,859	2,321	79,378						
12	,749	2,023	81,401						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
*	*	*	*						
37	,009	,025	100,000						

Fonte: Inquérito

Assim, pela decomposição da matriz de correlação foram extraídos nove factores com valores próprios superiores a um (quadro 2.112).

Quadro 2.113 Comunalidades das variáveis da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos

Instalações e Equipamentos Variáveis	Comunalidade
A localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior	0,789
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício	0,808
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados «	0,810
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis	0,730
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação	0,661
Existem facilidades de acesso a deficientes	0,725
Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do C Saúde	0,603
Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do C de Saúde	0,554
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente	0,860
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal	0,737
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo	0,743
Cada médico tem um gabinete individual	0,936
Existe local próprio para tratamentos	0,949
Existem espaços seguros para armazenamento	0,852
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso	0,799
Existe sala de reuniões	0,745
O Centro de Saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS	0,802
É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e enfermagem	0,822
Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático	0,673
Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede	0,597
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	0,764
Existe telefone em todos os gabinetes	0,787
O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	0,664
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar	0,803
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade	0,839
As salas de espera dispõem pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde	0,640
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual	0,740
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor	0,636
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente	0,537
Todo o pessoal do Centro de Saúde está imunizado contra tétano e hepatite B	0,679
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo	0,803
O Centro de Saúde possui um sistema de climatização	0,782
Existe protecção contra o roubo	0,707
Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente	0,826
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios	0,754
Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal	0,669
O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada	0,714

Fonte: Inquérito

Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 37*9 sob o critério de *Varimax*, tendo-se obtido como solução final o isolamento de nove factores com uma inércia total na ordem de 74,434% (quadro 2.112).

Quanto ao grau de concordância de representatividade na agregação das variáveis para a obtenção da solução factorial de nove componentes, verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a que corresponde à existência de local próprio para tratamentos, com cerca de 94,9%, sendo a variável referente à existência de vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente, colocados à disposição dos trabalhadores e utilizados, a que comporta a menor qualidade de representação (53,7%) (quadro 2.113).

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 13,5, explicando por si só 36,535% da variância total dos dados iniciais, contribuiu a agregação das seguintes variáveis: existe local próprio para tratamentos; cada médico tem um gabinete individual; o centro de saúde dispõe de um aparelho de fax; existe telefone em todos os gabinetes; existem espaços seguros para armazenamento. Este factor contém em si elementos que sugerem o desenvolvimento nos Centros de Saúde de uma política de melhoria das estruturas físicas de apoio à prática da actividade dos diferentes grupos profissionais, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, pelo que este factor pode ser designado de espaço físico (quadro 2.114-A).

O segundo factor, que detém um valor próprio da ordem de 3,2 e explica 8,576% da variância ainda não explicada, é o resultado da agregação do seguinte bloco de variáveis: a sala de reuniões dispõem de material audiovisual; os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade; existe sala de reuniões; os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de medicina geral e familiar; existem instalações sanitárias adequadas para utentes e pessoal devidamente sinalizadas. Em função das variáveis agregadas, este factor reflecte o esforço realizado pelos Centros de Saúde na renovação e dotação dos espaços essenciais à prestação de cuidados de saúde com os equipamentos básicos indispensáveis ao seu bom funcionamento. Por estas razões, este factor pode ser interpretado como o da gestão do equipamento (quadro 2.114-A).

A formação do terceiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 2,3, explicando 6,167% da variância, resultou da agregação do seguinte conjunto de variáveis: há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em caso de interrupção de corrente; todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação; existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios; existe protecção contra o roubo; existe à disposição dos trabalhadores, e são utilizados, vestuário de trabalho e equipamento de protecção individual adequados e em número suficiente. Este factor contém em si os atributos da qualidade centrados na segurança de pessoas e bens dentro do Centro de Saúde, sugerindo a existência do desenvolvimento de uma política que caminha no sentido de garantir as condições de segurança no local de trabalho, pelo que este factor pode ser designado de segurança no trabalho.

Para a formação do factor quatro, que detém um valor próprio na ordem dos 2,06, explicando 5,583% da variância, contribuiu a agregação das variáveis seguintes: os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede; o Centro de Saúde possui um sistema de climatização; existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde; existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático; existem facilidades de acesso a deficientes; existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde.

A diversidade de variáveis agregadas para a formação deste factor torna difícil a identificação de atributos que contribuam para a sua definição concreta, pelo que foi considerado não definido (quadro 2.114-A).

O factor cinco, que detém um valor próprio na ordem de 1,8, explicando 4,921% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público, bem como o nome dos seus responsáveis; a localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior; há sinalização adequada à monitorização e movimentação dos utentes dentro do edifício; todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados. Este factor contém em si os atributos da qualidade organizacional centrados na melhoria das condições ambientais que permitam a deslocação e o fácil acesso dos utentes aos

serviços de atendimento, pelo que este factor pode ser designado de identificação das instalações (quadro 2.114-B).

Quadro 2.114-A Factores explicativos da variância da percepção da qualidade organizacional
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos

Instalações e Equipamentos	Factores			
	1	2	3	4
Existe local próprio para tratamentos	0,901			
Cada médico tem um gabinete individual	0,871			
O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	0,766			
Existe telefone em todos os gabinetes	0,747			
Existem espaços seguros para armazenamento	0,730			
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual		0,746		
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade		0,715		
Existe sala de reuniões		0,710		
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar		0,587		
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso		0,569		
Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente			0,864	
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação			0,745	
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios			0,661	
Existe protecção contra o roubo			0,561	
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente			0,455	
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor			0,411	
Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede				0,692
O Centro de Saúde possui um sistema de climatização				0,682
Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde				0,677
Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático				0,608
Existem facilidades de acesso a deficientes				0,495
Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde				0,429

Fonte: Inquérito

Para a formação do factor seis, que detém um valor próprio da ordem de 1,4 e explica 3,875% da variância, contribuiu a agregação do seguinte conjunto de variáveis: existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente; a área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a

permitir a movimentação fácil do pessoal; os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes, em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo; o sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes.

Quadro 2.114-B Factores explicativos da variância da percepção da qualidade organizacional
Matriz dos pesos rodados da análise factorial aos valores da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos

Instalações e Equipamentos	Factores				
	5	6	7	8	9
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis	0,804				
A localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior	0,788				
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício	0,681				
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados	0,624				
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente		0,819			
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal		0,749			
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo		0,596			
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes		0,590			
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo			0,675		
O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada			0,636		
As salas de espera dispõem, pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde			0,462		
Todo o pessoal do Centro de Saúde está imunizado contra tétano e hepatite B				0,710	
Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal				0,678	
O Centro de Saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS					0,843
É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e enfermagem					0,769

Fonte: Inquérito

Este factor contém em si os atributos da qualidade centrados na garantia do bem estar de utentes e profissionais no interior da organização relacionado com as

amenidades das físicas, pelo que este factor pode ser interpretado como o da comodidade das instalações (quadro 2.114-B).

A formação do factor sete, com valor próprio na ordem de 1,2 e explicando 3,185% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: existem registos analíticos da qualidade da água de consumo; o armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada; as salas de espera dispõem, pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde. Este factor reflecte a importância da normalização de procedimentos que garantam a higiene e segurança relacionadas com o abastecimento de água de consumo às populações e o tratamento dos resíduos, pelo que este factor pode ser interpretado como higiene e segurança.

O oitavo factor, com valor próprio da ordem de 1,07 e explicando 2,889% da variância ainda não explicada, é o resultado da agregação das variáveis seguintes: todo o pessoal do Centro de Saúde está vacinado contra o tétano e a hepatite B; existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal. Este factor contém em si elementos relacionados com a saúde dos profissionais e utentes e a existência de um plano de contingência que em caso de catástrofe permita a salvaguarda da saúde de todos, pelo que este factor pode ser designado de saúde pública.

O factor nove, que detém um valor próprio na ordem de 1,00 e explica 2,703% da variância, resultou da agregação das seguintes variáveis: o Centro de Saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS; é utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e de enfermagem. Este factor reflecte a importância dada à introdução das novas tecnologias da informação e do conhecimento enquanto estruturas de apoio à organização e gestão das unidades de saúde. Em função das variáveis agregadas, este factor pode ser designado de inovação tecnológica (quadro 2.114-B).

A aplicação da análise factorial de componentes principais, aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, permitiu isolar nove factores principais que explicam 74,434% da variância total, sendo o mais importante o representado pelo factor espaço físico (IEQ1), com média de *scores* de 19,1161 (variância total explicada

14,008%), seguido do factor gestão do equipamento (IEQ), com uma média de *scores* de 18,1117 (variância total explicada 10,464%), e do factor segurança no trabalho (IEQ3), com uma média de *scores* de 17,7451 (variância total explicada 9,193%) (quadro 2.115).

Quadro 2.115 Média dos factores de caracterização da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos

Factor	Média	D.P.	Min.	Max.	Casos	Perfis: qualidade organizacional
IEQ1	19,1161	2,43379	5	20	112	Espaço físico
IEQ2	18,1171	2,95031	5	20	111	Gestão do equipamento
IEQ3	17,7451	4,49573	6	24	102	Segurança no trabalho
IEQ4	18,8491	4,47808	6	24	106	Não definido
IEQ5	14,4474	2,38020	4	16	114	Identificação das instalações
IEQ6	12,5455	2,80771	4	16	110	Comodidade das instalações
IEQ7	10,5727	1,85956	3	12	110	Higiene e segurança
IEQ8	5,7547	1,66082	2	8	106	Saúde pública
IEQ9	7,5263	1,09067	2	8	114	Inovação tecnológica

Fonte: Inquérito

Síntese

Como resultado da aplicação da análise factorial de componentes principais aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde foram identificados nove factores principais que caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, nos três Centros de Saúde em estudo e que explicam 74,434% da variância total dos dados iniciais, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados à formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo**, ficando por explicar cerca de 25% da variância dos dados, o que prova que existem outros factores que contribuem para as práticas organizacionais nos Centros de Saúde em estudo que

exercem influência sobre a qualidade organizacional mas que não foram identificados pela análise factorial.

Contudo, pode dizer-se que os nove principais factores extraídos caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três centros de saúde em estudo cujo perfil é definido por uma componente (factor 1) que agrega os atributos de qualidade relativos ao espaço físico, por uma segunda componente (factor 2) que agrega os atributos da qualidade relacionados com a gestão dos equipamentos e por uma terceira componente (factor 3) que agrega os atributos de qualidade relacionados com a segurança no trabalho.

2.3.6.2 Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos

Tendo presente o terceiro objectivo definido para este trabalho, assim como a **Hipótese 3** previamente formulada: **É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão**, foi realizado o estudo comparativo das opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional a um nível de significância de 5%.

Com base nos dados fornecidos pelo estudo (quadro 2.116-A) verifica-se a existência de diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre alguns dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde. A avaliação da qualidade feita pelos profissionais sobre a existência de gabinetes médicos individuais mostra serem os enfermeiros quem melhor percebe este atributo

Quadro 2.116-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Dimensão Instalações e Equipamentos	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo ²	χ^2	p
Factor 1 Espaço físico						
Existe local próprio para tratamentos	0,901	54,23	62,00	56,22	5,150	0,076
Cada médico tem um gabinete individual	0,871	52,36	61,50	57,13	6,530	0,038
O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	0,766	56,86	59,96	55,71	1,731	0,421
Existe telefone em todos os gabinetes	0,747	50,77	63,58	57,96	7,057	0,029
Existem espaços seguros para armazenamento	0,730	57,04	61,79	55,29	1,810	0,405
Factor 2 gestão do equipamento						
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual	0,746	53,76	61,05	57,59	1,530	0,465
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade	0,715	51,44	59,18	61,35	2,952	0,228
Existe sala de reuniões	0,710	60,46	56,45	55,72	1,066	0,587
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar	0,587	51,91	60,32	60,06	2,783	0,249
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso	0,569	52,88	58,34	62,41	2,805	0,246
Factor 3 Segurança no trabalho						
Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente	0,864	52,77	60,04	53,97	1,172	0,557
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação	0,745	54,78	57,42	61,56	0,868	0,648
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios	0,661	43,69	65,61	59,13	11,102	0,004
Existe protecção contra o roubo	0,561	59,93	58,81	54,04	0,785	0,675
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente	0,455	50,89	66,75	53,14	6,150	0,046
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor	0,411	46,41	59,70	61,09	5,617	0,060
Factor 4 Não definido						
Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede	0,692	46,92	68,31	52,05	10,268	0,006
O Centro de Saúde possui um sistema de climatização	0,682	53,13	71,89	45,87	15,209	0,000
Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde	0,677	50,56	60,01	59,78	2,174	0,337
Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático	0,608	50,73	71,91	49,88	12,915	0,002
Existem facilidades de acesso a deficientes	0,495	53,54	62,55	57,80	1,813	0,404
Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde	0,429	49,19	63,05	61,35	6,109	0,047

Fonte: Inquérito

como sendo de qualidade [média de posições 61,50; ($\chi^2 = 6,530$; gl2; p = 0,038)], o mesmo sucedendo em relação à existência de telefone em todos os gabinetes (factor 1) [média de posições 63,58; ($\chi^2 = 7,057$; gl2; p = 0,029)], assim como em relação à existência de equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios (factor 3) [média de posições 65,61; ($\chi^2 = 11,102$; gl2; p = 0,004)], à existência de terminal de computador nos gabinetes médicos e sua consequente ligação em rede [média de posições 68,31; ($\chi^2 = 10,260$; gl2; p = 0,006)], à

existência no centro de saúde de um sistema de climatização [média de posições 71,89; ($\chi^2 = 15,209$; gl2; $p = 0,000$)], à existência de pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático [média de posições 71,91; ($\chi^2 = 12,915$; gl2; $p = 0,002$)] e à existência de parque de estacionamento com capacidade de resposta para as necessidades do centro de saúde [média de posições 63,05; ($\chi^2 = 6,109$; gl2; $p = 0,047$)] (factor 3) (quadro 2.116-A).

Quadro 2.116-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos grupos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e Equipamentos	Pesos	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Factor 5 Identificação das instalações						
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis	0,804	50,61	63,83	59,30	4,305	0,116
A localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior	0,788	51,30	62,13	60,28	4,130	0,127
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício	0,681	51,15	63,86	58,78	4,069	0,131
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados	0,624	52,24	62,16	58,05	3,069	0,216
Factor 6 Comodidade das instalações						
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente	0,819	56,17	58,42	54,92	0,263	0,877
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal	0,749	56,23	63,01	53,58	1,832	0,400
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo	0,596	55,58	56,01	62,13	1,045	0,593
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	0,590	50,61	59,89	61,71	3,116	0,211
Factor 7 Higiene e segurança						
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo	0,675	44,61	64,23	58,78	11,214	0,004
O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada	0,636	45,94	61,50	64,10	9,778	0,008
As salas de espera dispõem, pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde	0,462	56,24	55,92	61,60	0,920	0,631
Factor 8 Saúde pública						
Todo o pessoal do Centro de Saúde está imunizado contra tétano e hepatite B	0,710	49,64	71,39	46,46	16,019	0,000
Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal	0,678	51,06	61,20	52,63	2,372	0,306
Factor 9 Inovação tecnológica						
O Centro de Saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS	0,843	55,50	59,95	57,01	1,344	0,511
É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e enfermagem	0,769	54,99	64,32	53,24	5,053	0,080

Fonte: Inquérito

Quanto à avaliação da qualidade feita pelos profissionais sobre a existência de registos analíticos da qualidade da água de consumo verifica-se serem ainda os enfermeiros quem melhor percepciona este atributo como sendo de qualidade (factor 7) média de posições 63,05; ($\chi^2 = 6,109$; gl2; p = 0,047)], o mesmo se verificando quanto à avaliação feita sobre a imunização de todo o pessoal do centro de saúde contra o tétano e a hepatite B (factor 8) [média de posições 71,39; ($\chi^2 = 16,019$; gl2; p = 0,000)].

Quadro 2.117-A Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e Equipamentos	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Factor 1 Espaço físico							
Existe local próprio para tratamentos	0,901	59,08	59,76	58,38	51,52	4,218	0,239
Cada médico tem um gabinete individual	0,871	58,66	59,21	57,91	51,05	4,218	0,239
O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	0,766	58,42	57,17	60,32	51,23	5,834	0,120
Existe telefone em todos os gabinetes	0,747	60,24	62,04	54,43	55,98	2,699	0,440
Existem espaços seguros para armazenamento	0,730	58,92	57,13	60,70	52,87	2,021	0,568
Factor 2 Gestão do equipamento							
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual	0,746	50,58	63,04	56,59	58,78	2,734	0,434
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade	0,715	55,03	55,26	58,26	60,70	0,749	0,862
Existe sala de reuniões	0,710	60,47	56,74	58,30	54,18	0,991	0,803
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar	0,587	47,61	59,71	58,71	60,76	3,728	0,292
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso	0,569	56,50	58,67	58,51	57,43	0,119	0,990
Factor 3 Segurança no trabalho							
Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente	0,864	56,21	45,60	61,58	54,30	4,403	0,221
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação	0,745	60,45	49,24	57,46	67,35	4,095	0,251
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios	0,661	52,53	60,26	54,81	58,59	1,078	0,782
Existe protecção contra o roubo	0,561	59,50	52,08	60,46	56,07	1,328	0,722
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente	0,455	59,69	53,93	56,34	59,79	0,648	0,885
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor	0,411	57,97	46,82	58,98	58,64	3,243	0,356
Factor 4 Não definido							
Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede	0,692	54,53	51,96	54,23	63,43	1,996	0,573
O Centro de Saúde possui um sistema de climatização	0,682	59,37	55,09	58,27	54,52	0,453	0,929
Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde	0,677	57,82	51,19	56,61	63,89	2,090	0,554
Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático	0,608	65,11	60,33	54,86	53,07	2,271	0,518
Existem facilidades de acesso a deficientes	0,495	52,29	59,02	59,36	58,80	0,888	0,828
Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde	0,429	51,26	66,44	55,54	58,57	4,374	0,224

Fonte: Inquérito

Já quanto à questão relativa ao armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes em locais próprios, e sua adequada remoção, são os administrativos quem melhor percebem este aspecto como sendo de qualidade [média de posições 64,10; ($\chi^2 = 9,778$; gl2; $p = 0,008$)] (quadro 2.116-B).

Com base nos resultados obtidos verifica-se existir evidência estatística que permite afirmar ser a profissão um factor de influência na percepção da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.117-B Estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e Equipamentos							
Factor 5 Identificação das instalações	Pesos	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	p
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis	0,804	64,32	67,50	54,96	47,72	7,708	0,052
A localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior	0,788	57,05	65,22	56,76	52,78	3,480	0,323
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do CS	0,681	56,32	63,80	55,49	57,61	1,666	0,644
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados	0,624	59,53	59,89	57,40	53,22	1,092	0,779
Factor 6 Comodidade das instalações							
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente	0,819	57,05	49,59	58,48	60,55	1,995	0,573
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal	0,749	57,87	44,21	64,40	58,41	6,924	0,074
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo	0,596	48,13	49,70	62,16	67,57	6,595	0,086
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	0,590	63,76	58,06	53,21	60,39	2,087	0,555
Factor 7 Higiene e segurança							
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo	0,675	64,45	63,76	49,16	53,89	7,609	0,055
O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade adequada	0,636	62,08	61,69	52,99	57,63	2,442	0,486
As salas de espera dispõem, pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde	0,462	61,50	51,44	58,63	61,54	1,964	0,580
Factor 8 Saúde pública							
Todo o pessoal do Centro de Saúde está imunizado contra tétano e hepatite B	0,710	62,50	59,24	56,36	45,98	3,787	0,285
Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal	0,678	58,53	48,02	51,36	67,32	5,796	0,122
Factor 9 Inovação tecnológica							
O Centro de Saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS	0,843	56,89	60,94	59,30	50,43	5,661	0,129
É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e enfermagem	0,769	62,82	59,20	57,06	51,98	2,475	0,480

Fonte: Inquérito

Os dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, no que respeita à influência da variável de caracterização antiguidade na profissão sobre a percepção da qualidade organizacional, mostram que não há diferenças estatisticamente significativas nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde, pelo que se não pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5% (quadros 2.117-A e 2.117-B). Com base nos resultados obtidos pode concluir-se que há evidência estatística que permite afirmar que a antiguidade na profissão não é um factor de influência na percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo, na dimensão instalações e equipamentos.

Síntese

Os resultados obtidos revelam a existência de diferenças significativas de percepção dos atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde, encontrando-se tais diferenças relacionadas com a situação profissional e com a antiguidade na profissão, não sendo por isso possível a definição de um perfil homogêneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com os diversos factores sócio-organizacionais. Dos resultados observados, ressalta que é o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como sendo de qualidade os atributos relacionados com as condições do espaço físico (factor 1), assim como os atributos da qualidade relativos à segurança no trabalho (factor 2) e à saúde pública (factor 8). No conjunto das avaliações feitas, verifica-se serem os médicos quem menos qualidade atribui aos aspectos da organização na dimensão instalações e equipamentos.

2.3.6.3 Estudo das diferenças de percepção dos blocos factoriais segundo as variáveis de caracterização dos respondentes na dimensão instalações e equipamentos

Para realizar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), procedeu-se ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os

grupos, ao nível de significância de 5%, tendo-se optado pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* para o estudo das diferenças de opiniões entre os grupos etários, grupos profissionais e grupos baseados na antiguidade na profissão, assumindo-se como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Da análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos constata-se que os resultados da estatística do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* mostram não existirem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os elementos do sexo masculino e os do sexo feminino.

A leitura do quadro 2.118 mostra que tanto os valores da estatística de teste como os valores de significância são a favor da não rejeição da hipótese nula [(espaço físico_rec: K-S Z = 0,055; p = 1,000); (gestão equipamento_rec: K-S Z = 0,047; p = 1,000); (segurança no trabalho_rec: K-S Z = 0,099; p = 1,000); (não definido_rec: K-S Z = 0,319; p = 1,000); (identificação das instalações_rec: K-S Z = 0,045; p = 1,000); (comodidade das instalações_rec: K-S Z = 0,101; p = 1,000); (higiene e segurança_rec: K-S Z = 0,060; p = 1,000); (saúde pública_rec: K-S Z = 0,470; p = 0,980); (inovação tecnológica_rec: K-S Z = 0,045; p = 1,000)].

Face aos valores encontrados, fica estabelecido ao nível de significância de 5% que não há diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional dos três Centros de Saúde entre homens e mulheres, não sendo a variável sexo um elemento de influência sobre a avaliação da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos.

De igual modo, a análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, revela a não existência de diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional [(espaço físico_rec: K-S Z = 0,120; p = 1,000); (gestão equipamento_rec: K-S Z = 0,390; p = 1,000); (segurança no trabalho_rec: K-S Z = 1,330; p = 0,058); (não definido_rec: K-S Z = 1,193; p = 0,116); (identificação das instalações_rec: K-S Z = 0,129; p = 1,000); (comodidade das instalações_rec: K-S Z = 0,488; p = 0,971); (higiene e segurança_rec: K-S Z = 0,130; p = 1,000); (saúde pública_rec: K-S Z = 0,346; p = 1,000); (inovação tecnológica_rec: K-S Z = 0,064; p = 1,000)].

Quadro 2.118 Estudo das diferenças de percepção dos fatores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização sexo, na dimensão instalações e equipamentos (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Instalações e equipamentos	Espaço Físico_rec	Gestão do Equipamento_rec	Segurança no Trabalho_rec	Não Definido_rec	Identificação das Instalações_rec	Comodidade das Instalações_rec	Higiene e Segurança_rec	Saúde Pública_rec	Inovação tecnológica_rec
Most Extreme Differences	0,012	0,010	0,022	0,070	0,010	0,022	0,013	0,103	0,010
	0,000	0,000	0,000	0,070	0,000	0,022	0,013	0,103	0,000
	-0,012	-0,010	-0,022	0,000	-0,010	0,000	0,000	0,000	-0,010
Kolmogorov-Smirnov Z	0,055	0,047	0,098	0,316	0,045	0,101	0,060	0,470	0,045
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,980	1,000

Fonte: Inquérito

Quadro 2.119 Estudo das diferenças de percepção dos fatores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização local de trabalho, na dimensão instalações e equipamentos (análise de independência de *Kolmogorov-Smirnov*)

Instalações e equipamentos	Espaço Físico_rec	Gestão do Equipamento_rec	Segurança no Trabalho_rec	Não Definido_rec	Identificação das Instalações_rec	Comodidade das Instalações_rec	Higiene e Segurança_rec	Saúde Pública_rec	Inovação tecnológica_rec
Most Extreme Differences	0,023	0,059	0,265	0,233	0,024	0,094	0,025	0,068	0,012
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012
	-0,023	-0,059	-0,265	-0,233	-0,024	-0,094	-0,025	-0,068	0,000
Kolmogorov-Smirnov Z	0,120	0,309	1,330	1,193	0,129	0,488	0,130	0,346	0,064
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	1,000	0,058	0,116	1,000	0,971	1,000	1,000	1,000

Fonte: Inquérito

Com base nos resultados obtidos pode dizer-se que há evidência estatística que permite afirmar não haver diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os profissionais que trabalham na sede do Centro de Saúde e os que trabalham na Extensão de Saúde, pelo que se não pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%, concluindo-se não ser o local de trabalho um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde (quadro 2.119).

Para o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional, na dimensão instalações e equipamentos, e tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, procedeu-se à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%.

Quadro 2.120 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização grupo etário, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e equipamentos Factor	ap34 ou menos	ap35 a 44 anos	ap45 a 54 anos	ap55 ou + anos	χ^2	p
Espaço físico_rec	58,00	55,70	55,93	58,00	1,282	0,733
Gestão do equipamento_rec	54,58	55,28	56,43	57,50	1,160	0,763
Segurança no trabalho_rec	50,00	51,85	51,99	51,21	0,179	0,981
Não definido_rec	54,11	53,38	53,76	51,85	0,152	0,985
Identificação das instalações_rec	59,00	59,00	55,77	59,00	3,515	0,319
Comodidade das instalações_rec	57,61	51,70	56,27	56,57	1,950	0,583
Higiene e segurança_rec	58,00	55,71	54,76	54,56	1,219	0,749
Saúde pública_rec	57,65	51,54	53,22	52,87	0,733	0,866
Inovação tecnológica_rec	59,00	59,00	55,83	59,00	3,393	0,335

Fonte: Inquérito

A leitura do quadro 2.120 mostra que tanto os valores da estatística do teste como os correspondentes valores de significância indicam não haver diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os grupos etários [(espaço físico_rec: $\chi^2 = 1,282$; p = 0,733); (gestão equipamento_rec: $\chi^2 = 1,160$; p = 0,763); (segurança no trabalho_rec: $\chi^2 = 0,179$; p = 0,981); (não definido_rec: $\chi^2 = 0,152$; p = 0,985); (identificação das instalações_rec: $\chi^2 = 3,515$; p = 0,319); (comodidade das instalações_rec: $\chi^2 = 1,950$; p = 0,585); (higiene e segurança_rec: $\chi^2 = 1,219$; p = 0,749); (saúde pública_rec: $\chi^2 = 0,733$; p = 0,866); (inovação tecnológica_rec: $\chi^2 = 3,393$;

$p = 0,335$], pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%. Face aos resultados obtidos, pode afirmar-se haver evidência estatística que mostra que a idade não é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam o perfil da organização e gestão dos Centros de Saúde na dimensão instalações e equipamentos.

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, tendo como elemento de influência a variável de caracterização profissão, mostra que existem diferenças significativas na percepção do factor de qualidade saúde pública_rec [média de posições 61,27; ($\chi^2 = 6,678$; gl2; $p = 0,035$)], sendo o grupo profissional de enfermagem quem melhor percebe este factor como sendo de qualidade, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%, podendo concluir-se que a profissão é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam a organização dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos (quadro 2.121).

Quadro 2.121 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização profissão, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e equipamentos Factor	Médico	Enfermeiro	Administrativo	χ^2	p
Espaço físico_rec	54,97	58,00	56,53	2,056	0,358
Gestão do equipamento_rec	55,96	56,00	56,04	0,001	0,999
Segurança no trabalho_rec	47,68	55,50	51,20	3,305	0,192
Não definido_rec	49,40	56,97	54,11	3,355	0,187
Identificação instalações_rec	55,92	59,00	57,58	2,095	0,351
Comodidade das instalações_rec	52,64	56,04	57,61	1,843	0,398
Higiene e segurança_rec	51,71	58,00	56,55	5,851	0,054
Saúde pública_rec	50,94	61,27	47,86	6,678	0,035
Inovação tecnológica_rec	59,00	57,50	56,08	1,932	0,381

Fonte: Inquérito

Quanto à variável de caracterização antiguidade na profissão, a leitura dos dados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostra que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade. Pela leitura do quadro 2.122 verifica-se que tanto os valores da estatística de teste, a que correspondem valores de Qui-Quadrado inferiores ao valor crítico da distribuição (χ^2 ; gl3; 0,05) [7,81; + ∞] para todos os factores, como os valores das significâncias [($p > 0,05$) superiores ao valor de significância do investigador], são a favor da não rejeição da hipótese nula

[(espaço físico_rec: $\chi^2 = 5,649$; $p = 0,130$); (gestão equipamento_rec: $\chi^2 = 6,591$; $p = 0,086$); (segurança no trabalho_rec: $\chi^2 = 0,749$; $p = 0,862$); (não definido_rec: $\chi^2 = 1,213$; $p = 0,750$); (identificação das instalações_rec: $\chi^2 = 4,533$; $p = 0,209$); (comodidade das instalações_rec: $\chi^2 = 0,511$; $p = 0,916$); (higiene e segurança_rec: $\chi^2 = 1,952$; $p = 0,583$); (saúde pública_rec: $\chi^2 = 0,437$; $p = 0,933$); (inovação tecnológica_rec: $\chi^2 = 5,710$; $p = 0,127$)], ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que a antiguidade na profissão não influencia a percepção dos factores caracterizadores da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, apesar de se ter verificado a sua influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade quando analisados isoladamente.

Quadro 2.122 Estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde segundo a variável de caracterização antiguidade na profissão, na dimensão instalações e equipamentos (análise de variância de *Kruskal-Wallis*)

Instalações e equipamentos Factor	i9 ou menos	i10 a 19 anos	i20 a 29 anos	i30 ou +anos	χ^2	P
Espaço físico_rec	58,00	55,85	58,00	52,67	5,649	0,130
Gestão do equipamento_rec	51,66	57,60	57,50	54,98	6,591	0,086
Segurança no trabalho_rec	50,00	49,63	52,13	53,64	0,749	0,862
Não definido_rec	54,11	55,92	51,37	54,42	1,213	0,750
Identificação instalações_rec	59,00	59,00	57,73	54,04	4,533	0,209
Comodidade das instalações_rec	54,71	54,15	56,75	55,26	0,511	0,916
Higiene e segurança_rec	58,00	55,80	55,50	53,00	1,952	0,583
Saúde pública_rec	52,22	55,48	52,21	52,55	0,437	0,933
Inovação tecnológica_rec	56,00	59,00	59,00	54,04	5,710	0,127

Fonte: Inquérito

Síntese

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional, segundo as variáveis de caracterização dos profissionais (sexo e local de trabalho, grupo etário e antiguidade na profissão), na dimensão instalações e equipamentos, não revelou valores significativos ($p > 0,05$), pelo que em nenhum dos casos estudados se pode rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%. Quanto às diferenças de percepção dos factores de qualidade, tendo como variável de influência a profissão, os resultados mostram a existência de diferenças significativas na percepção do factor de qualidade saúde pública_rec ($\chi^2 = 6,678$; gl_2 ; $p = 0,035$), sendo o grupo profissional de

enfermagem quem melhor percebe este factor como sendo de qualidade, pelo que se rejeita a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

2.3.6.4 Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde na dimensão instalações e equipamentos

Para analisar quais são os factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de qualquer hierarquia de ordem dos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

A leitura dos resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostra que existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos Centros de Saúde. Assim, considerando os dados do bloco factorial espaço físico (factor 1) verifica-se que a análise de 112 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 16,872$; gl4; $p = 0,002$), levando à rejeição da hipótese nula ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis hierarquizadas do seguinte modo: [existe local próprio para tratamentos (média de posições 3,09); o centro de saúde dispõe de um aparelho de fax (média de posições 3,09); cada médico tem um gabinete individual (média de posições 3,06)]. Estes são os atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos espaços físicos nos Centros de Saúde em estudo (quadro 2.123-A).

A análise dos resultados fornecidos pelo teste de *Friedman* mostra que também existem diferenças significativas quanto à importância atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos que maior influência exercem na qualidade organizacional dos Centros de Saúde relativa à segurança no trabalho (factor 3).

Com base na análise de 102 casos válidos, constata-se a existência de um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 80,492$; gl5; $p = 0,000$), o que permite levar à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, encontrando-se as variáveis que os profissionais consideram de maior influência sobre a qualidade organizacional

Quadro 2.123-A Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (estudo comparativo de *Friedman*)

Instalações e Equipamentos	N	Média	Média de posições	χ^2	p
Factor 1 Espaço Físico (gl4)				16,872	0,002
Existe local próprio para tratamentos	112	3,88	3,09		
Cada médico tem um gabinete individual	112	3,85	3,06		
O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	112	3,84	3,09		
Existe telefone em todos os gabinetes	112	3,80	2,92		
Existem espaços seguros para armazenamento	112	3,75	2,84		
Factor 2 Gestão do Equipamento (gl4)				3,292	0,510
A sala de reuniões dispõe de material audiovisual	111	3,53	2,89		
Os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade	111	3,64	2,98		
Existe sala de reuniões	111	3,64	3,09		
Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar	111	3,67	3,04		
Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso	111	3,64	3,00		
Factor 3 Segurança no Trabalho (gl5)				80,492	0,000
Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente	102	2,81	3,23		
Todos os profissionais em contacto com o público utilizam cartão de identificação	102	2,79	3,18		
Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios	102	3,33	4,14		
Existe protecção contra o roubo	102	2,32	2,60		
Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente	102	3,18	3,78		
Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor	102	3,30	4,06		
Factor 5 Identificação das Instalações (gl3)				14,654	0,002
Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis	114	3,53	2,37		
A localização do Centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior	114	3,66	2,59		
Há sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício	114	3,56	2,39		
Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados	114	3,70	2,64		

Fonte: Inquérito

relacionada com a segurança dos trabalhadores hierarquizadas do seguinte modo: [existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios (média de posições 4,14); todo o equipamento e instalações estão conformes as normas de higiene e segurança em vigor (média de posições 4,06); existe à

disposição dos trabalhadores e são utilizados vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente (média de posições 3,78)] (quadro 2.123-A).

Quadro 2.123-B Estudo comparativo dos atributos com maior influência na qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão instalações e equipamentos (estudo comparativo de *Friedman*)

Dimensão Instalações e Equipamentos	N	Média	Média posições	χ^2	P
Factor 6 Conforto das Instalações (gl3)				30,552	0,000
Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente	110	3,14	2,50		
A área administrativa dispõe de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal	110	2,99	2,31		
Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo	110	3,00	2,27		
O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	110	3,42	2,91		
Factor 7 Higiene e Segurança (gl2)				3,514	0,173
Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo	110	3,58	2,07		
O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade de adequada	110	3,54	2,02		
As salas de espera dispõem pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços e material de promoção da saúde	110	3,45	1,91		

Fonte: Inquérito

Com base nos valores das estatísticas, e de acordo com os resultados significativos do teste de *Friedman* pode dizer-se que, em conformidade com as opiniões expressas pelos respondentes, os atributos que mais influenciam a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, poderão, eventualmente, ser consideradas boas práticas organizacionais (existe local próprio para tratamentos; cada médico tem um gabinete individual; o Centro de Saúde dispõe de um aparelho de fax; existe telefone em todos os gabinetes; existem registos analíticos da qualidade da água de consumo; o armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes é efectuado em compartimentos próprios e são removidos com a periodicidade de adequada).

Síntese final

A qualidade organizacional assume-se neste estudo como a problemática da pesquisa e a sua análise, com base nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde, constitui a finalidade do estudo.

Os resultados encontrados demonstram que existem atributos de qualidade organizacional que foram mais valorizados pelo profissionais de saúde do que outros. Em função disso, foram identificadas áreas organizacionais que contribuem mais para a qualidade organizacional dos serviços de saúde do que outras, dentro da dimensão analítica a que pertencem, sendo em consequência disso diferente também o contributo dado para a melhoria da qualidade de prestação de cuidados de saúde por cada uma dessas áreas organizacionais.

Na dimensão organização e gestão, as áreas organizacionais que os profissionais de saúde menos valorizaram foram a área do planeamento das actividades, por considerarem não terem sido levados em linha de conta atributos de qualidade essenciais como a actualização do diagnóstico da situação, a inclusão no plano de actividades de critérios definidores da acessibilidade, da equidade e da continuidade de cuidados, assim como as necessidades de saúde das populações. Tanto as características da população como a geografia da região e a distância física às instituições de saúde podem ser factores determinantes na procura e utilização dos serviços de saúde por parte dos utentes. Para conhecer esses factores é necessário diagnosticar e saber quais interferem quer no excesso da procura quer na dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Esta avaliação é de grande importância quando se pensa em termos de planeamento das actividades, como ficou expresso na componente teórica.

Outras da áreas organizacionais menos valorizadas pelos profissionais está relacionada com o envolvimento destes na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos a prosseguir e na gestão do centro de saúde. Os atributos de qualidade que os profissionais menos valorizaram dizem respeito à participação dos diversos grupos profissionais na elaboração do plano de actividades, reconhecendo uma percentagem significativa dos inquiridos nunca serem chamados a participar nessas actividades, nem as suas opiniões serem ouvidas ou tomadas em consideração, afirmando mesmo desconhecer os principais objectivos do plano de actividades. Ora, investir na qualidade significa apostar na vertente humana dos profissionais que são os

grandes obreiros da arte de conseguir qualidade, como foi afirmado na componente teórica, pelo que os órgãos de gestão devem considerar os profissionais como a base de sustentabilidade do desenvolvimento da própria organização assim como os garantes da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Outra das áreas organizacionais cujos atributos de qualidade os profissionais de saúde menos valorizaram está relacionada com a gestão dos recursos humanos, considerando uma expressiva maioria a inexistência de profissionais suficientes para a realização das tarefas, que resulta, em seu entender, do não preenchimento das vagas existentes. As áreas identificadas pouco contribuem para a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em análise e para a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes, na perspectiva dos profissionais de saúde.

As áreas organizacionais cujos atributos de qualidade os profissionais mais valorizaram estão relacionadas com a organização do trabalho, nomeadamente a organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares e a definição de funções da equipa e dos profissionais dentro da equipa, assim como com as relações informais, havendo uma expressiva maioria a considerar que são proporcionadas oportunidades de convívio informal aos profissionais, em contexto de trabalho, e que existem locais próprios para esses encontros informais.

Outras áreas organizacionais que os profissionais muito valorizaram estão relacionadas com os direitos do cidadão nos serviços de saúde, tanto no que se refere à garantia dos direitos do cidadão no interior dos centros de saúde, como no que respeita à dignidade e privacidade com que o utente é atendido, reconhecendo percentagens elevadas de profissionais estarem assegurados todos os mecanismos para a garantia desses direitos, sendo respeitada, escrupulosamente, a confidencialidade dos dados médicos e pessoais de cada utente, assim como a livre e informada aceitação ou recusa do utente para seguir o tratamento prescrito ou para participar em actividades de investigação, constituindo a área dos direitos do cidadão uma das áreas que, na opinião expressas pelos profissionais de saúde, mais contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, nos centros de saúde, e para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Também nas áreas organizacionais incluídas na dimensão prestação de cuidados de saúde existem atributos de qualidade que os profissionais pouco valorizaram. Relacionados com a acessibilidade aos cuidados de saúde, os atributos menos

valorizados dizem respeito à monitorização dos tempos de espera, seja no local da consulta, seja após a hora marcada para a consulta, seja ainda para a marcação das consultas, considerando uma expressiva maioria que essa monitorização simplesmente não existe. Os atributos de qualidade organizacional mais valorizados nesta área incluem a possibilidade de marcação de consulta por telefone e a disponibilidade dos serviços para o atendimento no próprio dia das situações agudas. Quanto aos cuidados continuados, os atributos de qualidade menos valorizados reportam-se ao incentivo dado pelos órgãos de gestão ao médico de família para visitar os seus doentes em caso de internamento hospitalar, referindo a maioria dos profissionais quase não existir, assim como à monitorização do tempo de espera para uma consulta de referência e à intervenção e controlo do centro de saúde no processo de marcação das consultas de referência, que na opinião dos respondentes é muito deficitária.

Na área organizacional de prescrição de elementos complementares de diagnóstico, os atributos considerados com menos qualidade pelos profissionais de saúde dizem respeito à existência de orientações técnicas para pedido de exames complementares de diagnóstico, à análise e discussão periódica do perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do centro de saúde e à monitorização da chegada de exames anormais e conseqüente convocação dos doentes. Na perspectiva de uma elevada percentagem de profissionais estes são aspectos com défice de qualidade.

Outra área organizacional cujos atributos os profissionais de saúde mais valorizaram dizem respeito à confidencialidade, acessibilidade e segurança dos registos clínicos, à sua organização e qualidade. Os atributos mais valorizados nesta área reportam-se à manipulação dos registos clínicos exclusivamente por pessoal autorizado e à segurança dos arquivos dos registos clínicos, considerando a esmagadora maioria dos profissionais serem estes atributos cumpridos na sua plenitude, assim como a utilização nos grupos de risco de suportes de registo individuais e a utilização por todos os profissionais dos suportes de folhas A4 como suporte de registo clínico. Neste bloco de atributos de qualidade organizacional o menos valorizado diz respeito à avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos.

Quanto aos atributos de qualidade organizacional agrupados nas áreas organizacionais da dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, torna-se complexo assinalar aqueles que os profissionais de saúde mais valorizaram,

dada a sua escassa existência. Em todas as áreas organizacionais os profissionais de saúde encontraram múltiplos atributos com pouca qualidade, sendo as áreas com os piores atributos a área da investigação científica, com uma expressiva maioria dos respondentes a penalizarem fortemente os três atributos de qualidade que a integram, seguida da área da avaliação da satisfação dos profissionais, considerando a maioria dos profissionais não serem cumpridos os seus critérios de qualidade. Nas áreas organizacionais da avaliação e satisfação dos utentes, a avaliação feita pelos profissionais continua a considerar os seus atributos como sendo de pouca qualidade, o mesmo sucedendo em relação à área de avaliação e monitorização da qualidade e à área da formação contínua multiprofissional.

Nas áreas organizacionais incluídas na dimensão instalações e equipamentos e referentes à identificação de instalações e profissionais, os atributos de qualidade menos valorizados pelos respondentes referem-se à utilização pelos profissionais de saúde do respectivo cartão de identificação, considerando uma percentagem significativa que é pouco utilizado, estando os atributos mais valorizados relacionados com a sinalização e identificação dos locais de trabalho e com a sinalização do centro de saúde no exterior. Já na área da acessibilidade às instalações, o atributo de qualidade considerado de pior qualidade diz respeito à acessibilidade física ao centro de saúde, considerando uma percentagem considerável de profissionais que os transportes disponíveis não são adequados às necessidades do centro de saúde, sendo os atributos mais valorizados os relativos à existência de parque de estacionamento adequado às necessidades do centro de saúde e às facilidades existentes para acesso a deficientes.

Relativamente às áreas específicas para as diferentes actividades, os atributos de pior qualidade referem-se ao espaço físico e à funcionalidade da disposição do mobiliário na área administrativa, à existência nos consultórios das condições exigidas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, de modo a garantir a completa privacidade quer visual quer auditiva, e à existência de salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente, sendo estes os atributos que na opinião dos profissionais necessitam de ser melhorados. Em relação aos restantes atributos de qualidade organizacional, estes foram considerados pelos respondentes como sendo de qualidade, destacando-se a existência de local próprio para tratamentos e a existência de

gabinetes individuais para os médicos como os atributos que a quase totalidade dos profissionais valorizou.

Ainda na dimensão instalações e equipamentos e relativamente ao equipamento informático, os atributos de qualidade que os profissionais de saúde menos valorizaram reportam-se à existência nos gabinetes médicos de terminal de computador e sua consequente ligação em rede e à existência de pessoal treinado e em número suficiente para operar com o equipamento informático. Em relação aos restantes atributos foram todos muito valorizados pelos profissionais, assim como os atributos de qualidade relacionados com o sistema de comunicação e os relativos ao equipamento necessário às actividades, sendo estas as áreas que, na opinião dos profissionais de saúde, mais contribuem para a qualidade organizacional dos serviços nos centros de saúde em estudo.

Na área organizacional da saúde, higiene e segurança, os atributos de qualidade organizacional que os profissionais consideraram como tendo pior qualidade referem-se à existência de sistema contra o roubo, ao plano de emergência em caso de catástrofe e ao sistema de climatização, sendo estes os atributos que, na opinião duma percentagem considerável de profissionais, carecem de melhorias significativas.

A partir das avaliações da qualidade feitas pelos profissionais foi possível reconstruir factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo, dentro de cada dimensão analítica a que pertencem.

O cruzamento de todas as variáveis dependentes (atributos de qualidade) com as variáveis de caracterização dos profissionais (profissão e antiguidade na profissão) mostrou que existem diferenças significativas na percepção dos atributos de qualidade por parte dos profissionais, sendo, por esse facto, estas variáveis de caracterização elementos de influência na percepção dos profissionais acerca da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Tratando-se de uma avaliação subjectiva, apesar da sua importância, esta deve ser considerada apenas como um dos elementos a ter em conta aquando da implementação de melhorias na qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em análise, nas áreas organizacionais referenciadas por este estudo.

3 Discussão dos resultados

Neste capítulo proponho-me discutir os resultados obtidos com a realização do estudo sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde em três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, procurando articular os resultados mais expressivos com os aspectos conceptuais da componente teórica, dentro de cada dimensão analítica a que pertencem e de acordo com a sua inclusão na escala de percepção da qualidade utilizada.

A qualidade organizacional assume-se neste estudo como a problemática da pesquisa e a sua análise transformou-se num dos objectivos fundamentais. Um dos conceitos teóricos mais abordados neste estudo está relacionado com a natureza multidimensional da qualidade, para a qual contribuem múltiplos factores (Pisco 2001) estruturais e humanos, podendo os estruturais ser passíveis de serem medidos, enquanto os humanos se mostram de mais difícil mensuração, como sejam as competências humanas, relacionais e sociais dos actores envolvidos no processo.

O estudo da qualidade organizacional dos centros de saúde foi feito com base na análise das opiniões expressas pelos respondentes, sendo por esse facto uma avaliação subjectiva, susceptível de ser influenciada por factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio indivíduo, pelo que a opinião expressa pelos profissionais, apesar da sua enorme importância, deve ser entendida apenas como um dos elementos a ter em conta na implementação de medidas que visem a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

3.1 Organização e Gestão

Ao nível da organização e gestão dos serviços de saúde foi constatado que os profissionais de saúde consideram os aspectos relativos ao planeamento das actividades uma área a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando todos os atributos baixos valores médios, sendo de 2,66 na questão relativa à actualização do diagnóstico de situação, de 2,68 no atributo relativo à elaboração do plano com base na necessidade da população e de 2,81 no aspecto relativo à inclusão no plano de actividades de critérios sobre a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados, estando os valores médios mais elevados relacionados com a existência de relatório de

actividades do ano transacto (2,84) e com a existência de plano de actividades do presente ano (2,90). Ora o planeamento das actividades foi abordado na componente teórica como um dos elementos fundamentais para o cumprimento da missão de qualquer organização, na medida em que congrega os elementos nobres de um processo de gestão (Lisboa et al 2004).

Sendo a missão das organizações de saúde prover serviços de qualidade técnica e organizacional aos seus utentes, no sentido da melhoria do seu estado de saúde e obtenção de ganhos em saúde (Rodrigues et al 1998; Pisco 2004), o planeamento enquanto processo necessita de explicitar os seus objectivos e definir as estratégias e políticas para alcançar esses objectivos. Ora, os profissionais de saúde não perceberam o planeamento das actividades como sendo de qualidade, podendo concluir-se que o contributo dado por este processo para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde não é explícito, pelo que tem de ser repensado pelos órgãos de gestão dos centros de saúde, com a necessária introdução de melhorias significativas, as quais devem contemplar o envolvimento dos profissionais na sua elaboração, na definição dos objectivos e na gestão do centro de saúde, uma vez que estes atributos de qualidade organizacional foram avaliados pelos profissionais como apresentado um défice preocupante de qualidade, a julgar pelos baixos valores da média, sendo de 2,43 para a percepção que os profissionais detêm sobre se as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração, de 2,54 relativo ao conhecimento que os profissionais detêm dos principais objectivos do plano de actividades e de 2,58 na questão relativa à participação dos diferentes grupos profissionais na elaboração do plano de actividades.

O envolvimento de todos os profissionais nos destinos do centro de saúde é um aspecto crucial para a qualidade dos serviços de saúde. O conceito que tem sido desenvolvido sobre a qualidade reconhece que é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde que haja uma ampla participação de todos os intervenientes no processo organizacional e de gestão dos serviços de saúde, como ficou dito na componente teórica. Para tal é determinante que a burocracia seja reduzida ao mínimo, de forma a que o maior esforço organizacional seja colocado na procura contínua da satisfação das necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos.

Perante estes resultados verifica-se que a maioria dos profissionais não participa nas actividades de organização e gestão nem conhece os principais objectivos do centro de saúde. Mas para que haja garantia da qualidade dos serviços de saúde é fundamental que exista uma ampla participação de todos os intervenientes no processo organizacional. Perante os resultados observados verifica-se que, na perspectiva dos profissionais de saúde, esta é uma área organizacional que pouco contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo, constituindo-se como uma das áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias significativas por se tratar de uma área vital para o bom funcionamento dos Centros de Saúde, para o desenvolvimento das diversas actividades profissionais e para a melhoria da prestação de cuidados de saúde à população, porquanto envolve aspectos relacionados com o diagnóstico da situação, o planeamento das actividades, a definição de objectivos e o planeamento das estratégias a seguir para a prossecução dos objectivos do centro de saúde.

O trabalho em equipa foi uma área organizacional que os profissionais perceberam como sendo de qualidade, apresentando valores médios de 3,75 para a organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares, de 3,65 para a existência de descrição de funções da equipa e de cada profissional dentro da equipa e de 3,42 referente à consciência que os profissionais detêm do seu papel e funções. À atribuição destes valores a estes atributos de qualidade organizacional pode estar subjacente o facto dos profissionais de saúde serem detentores de qualificações académicas, técnicas e científicas, que lhes permite a integração em equipas de saúde com auto-responsabilização e com poder para resolver as situações que lhe surgem relacionadas com a sua actividade, o que os leva a valorizar o “empowerment” que esta forma de organização de trabalho lhes confere, aumentando os seus níveis de motivação e satisfação.

A tendência actual vai no sentido da necessidade das organizações de saúde se empenharem em encontrar um modo de transformar a constituição e reconstituição espontânea de equipas multidisciplinares de elevado rendimento numa forma natural de trabalho, adoptando modelos de prestação de cuidados apoiados em equipas multidisciplinares que incluem médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e

terapêutica, farmacêuticos, administrativos e outros profissionais não directamente ligados à prestação de cuidados de saúde, como engenheiros de sistemas e técnicos de informática, organizados em torno das necessidades dos seus pacientes e famílias e não das conveniências dos seus interesses departamentais, como ficou dito na componente teórica. Perante os resultados obtidos conclui-se ser esta uma área organizacional que os profissionais consideram como tendo melhores atributos de qualidade e que contribui de modo decisivo para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Na opinião dos profissionais, também os atributos de qualidade relativos ao estímulo dado ao desenvolvimento de relações informais entre os profissionais foi bastante valorizado (média 3,52), assim como a existência de espaços próprios para convívio (média 3,16), demonstrando estes valores o desenvolvimento nos centros de saúde de um ambiente participativo que conjuga os valores relacionados com o desempenho da profissão com os valores das relações informais, contribuindo de modo positivo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Quanto aos atributos de qualidade organizacional relativos à partilha da informação clínica relevante dentro da equipa (média, 2,92), à promoção e discussão de avaliações da qualidade entre os membros das equipas multidisciplinares (média, 2,81) e à existência de formação contínua em exercício com sessões de treino em áreas específicas (média 2,82) constata-se que estes atributos, nas opiniões expressas pelos profissionais, pouco contribuem para a qualidade organizacional dos serviços de saúde, o mesmo se verificando em relação à gestão de recursos humanos, nomeadamente no que respeita ao preenchimento das vagas do quadro (2,12) e aos recursos humanos considerados suficientes para realizar as actividades previstas no plano de actividades do ano transacto (2,23).

Em relação aos atributos existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área (média 3,03), e os responsáveis por determinadas áreas têm competências, funções e deveres claramente definidos (2,95), embora os resultados mereçam reflexão, as opiniões dos respondentes deixam antever o desenvolvimento nos centros de saúde de uma estrutura organizacional com uma tímida abertura ao “empowerment” dos decisores intermédios.

Com base na avaliação feita pelos profissionais à qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, constata-se a necessidade de implementação e desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade para a área organizacional e de gestão como uma das prioridades a levar em conta pelos órgãos de gestão para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, dada a relação existente entre qualidade dos cuidados e a forma como estão organizados e são geridos os serviços de saúde, demonstrada por estudos empíricos feitos nesta área (Ferreira et al 2003; McIntyre et al 2002; Arnetz 1999) que utilizam o grau de satisfação de utentes e profissionais como indicadores de qualidade dos serviços de saúde.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional são a favor da confirmação da **Hipótese 4** previamente formulada: **É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Com base nos resultados das opiniões expressas pelos respondentes, na dimensão organização e gestão, constata-se a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional que se caracteriza por uma certa centralização do exercício do poder e da tomada de decisão na gestão de topo que influencia de modo negativo a avaliação da qualidade feita pelos profissionais, apesar de ser perceptível a existência de alguma abertura a novas formas de organização, nomeadamente no que se refere à delegação de tomada de decisão ao nível dos decisores intermédios, à valorização das necessidades da população na elaboração do plano de actividades e à inclusão no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade, equidade e continuidade de cuidados, mas sobretudo no que respeita à autonomia do exercício profissional e ao desenvolvimento de relações informais, que na perspectiva dos profissionais contribuem decisivamente para a melhoria da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, com eventuais reflexos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, conduzem a conclusões semelhantes.

Os cinco factores principais extraídos, que explicam 69,925% da variância total dos dados iniciais e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante o representado pelo factor aprendizagem organizacional (OGE1), com média de *scores* de 21,7429 (variância total explicada 27,279%), e o segundo pelo factor organização do trabalho (OGE2), com valor médio de *scores* de 20,6972 (variância total explicada 16,037%), seguido do factor responsabilidade profissional (OGE3), com média de *scores* de 11,7477 (variância total explicada 12,124%), estando as médias mais baixas do conjunto factorial de cinco componentes principais situados ao nível das relações pessoais (OGE4), com média de *scores* de 6,9115 (variância total explicada 7,431%), e da gestão dos recursos humanos (OGE5), com média de *scores* de 4,3738 (variância total explicada 7,054%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos de qualidade agregados em cada um dos cinco factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos à organização e gestão dos centros de saúde, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos à organização do trabalho e por fim os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos às relações informais e à gestão dos recursos humanos.

Com base nestes resultados verifica-se que, segundo a percepção dos profissionais, a influência exercida pelos atributos de qualidade organizacional agregados no factor 1 (desenvolvimento organizacional) e no factor 5 (gestão de recursos humanos) influenciam de modo negativo a qualidade organizacional dos serviços de saúde, enquanto os atributos de qualidade agregados no factor 2 (autonomia profissional) influenciam positivamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em análise.

Os resultados provenientes da aplicação da análise de componentes principais à dimensão organização e gestão são a favor da confirmação da **Hipótese 1** previamente formulada: **Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

A partir dos resultados encontrados procurou-se saber se as características do perfil sociodemográfico dos profissionais, nomeadamente a profissão e a antiguidade na profissão, exerciam influência significativa sobre o modo como os respondentes percebem os atributos de qualidade organizacional, tendo-se constatado, com base nos resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, a existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, quanto à forma como os profissionais percebem os atributos de qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, sendo estes resultados a favor da confirmação da **Hipótese 3** previamente formulada.

Dos resultados observados extrai-se que o grupo profissional dos médicos avalia como sendo de maior qualidade os atributos de qualidade organizacional relacionados com o desenvolvimento organizacional (factor 1), nomeadamente quanto à existência de plano de actividades baseado nas necessidades da população, com objectivos quantificáveis a curto e a médio prazo ($\chi^2 = 9,068$; gl2; $p = 0,011$), e à existência de plano de actividades do presente ano ($\chi^2 = 8,234$; gl2; $p = 0,016$), enquanto os enfermeiros avaliam como tendo mais qualidade os atributos relativos à autonomia profissional (factor 2), nomeadamente no que se refere à descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa ($\chi^2 = 7,269$; gl2; $p = 0,026$) ou à organização do Centro de Saúde em equipas multidisciplinares ($\chi^2 = 6,203$; gl2; $p = 0,045$), o mesmo sucedendo relativamente à existência de formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas ($\chi^2 = 10,704$; gl2; $p = 0,013$).

Com base na avaliação feita pelos profissionais constata-se que o grupo profissional de enfermagem valoriza os atributos da organização que lhe permitam uma maior autonomia profissional e o desenvolvimento da capacidade do grupo profissional para garantir o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta e sobre a legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade (Friedson 1970; Lopes 2001), enquanto o grupo profissional dos médicos valoriza os aspectos organizacionais relativos à organização e gestão dos centros de saúde, sendo de admitir que a valorização dos atributos da qualidade por este grupo profissional esteja subjacente o interesse pelo conhecimento de novas estruturas organizacionais emergentes que lhe permitam a continuidade do exercício da autoridade enquanto suporte das estratégias

médicas (Carapinheiro 1998) face às mudanças introduzidas nos sistemas organizacionais pelo crescente desenvolvimento humano e inovação tecnológica.

Quanto à influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, os resultados encontrados mostram a existência de diferenças significativas, nomeadamente quanto à existência de formação contínua em exercício, sendo os profissionais com menos anos de experiência profissional os que mais valorizam este atributo como sendo de qualidade ($\chi^2 = 10,704$; gl3; $p = 0,013$) (factor 3).

Assumindo-se a formação contínua em exercício como uma forma de desenvolvimento de competências que os profissionais experimentam em contexto de trabalho, é provável que existia uma maior apetência dos elementos mais jovens na profissão para atribuírem a este aspecto da qualidade organizacional maior valor qualitativo, podendo em alguns casos a formação ser utilizada como uma estratégia para atingirem certos objectivos relativos ao desenvolvimento pessoal, como a ascensão/promoção na carreira, a ocupação de lugares de representação em caso de ausência dos líderes ou a obtenção de especializações em áreas chave da prestação de cuidados de saúde.

Os resultados obtidos permitem constatar que os profissionais mais jovens atribuem mais peso à formação profissional em exercício como meio de obterem uma maior responsabilização no seio da organização. Outra conclusão a retirar do estudo é a de que tanto a profissão como a antiguidade na profissão exercem influência sobre o modo como os profissionais percebem a qualidade organizacional dos centros de saúde, por outras palavras, a trajectória pessoal e profissional são factores de influência na avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde, na acepção de Silva (1996). Face a experiências vividas, os mais antigos na profissão podem ser mais propensos aos processos de demissão das funções ou dos cargos, enquanto os mais jovens, pela ausência de experiências vivenciadas, terão maior disponibilidade para a assunção dos riscos e das incertezas.

Os dados fornecidos pela análise de variância são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com**

as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.

De igual modo, procurou-se saber se as variáveis de caracterização dos respondentes sexo, local de trabalho, grupo etário, grupo profissional e grupo por antiguidade na profissão exerciam influência sobre o modo como os profissionais de saúde percebem os factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo o teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* fornecido resultados que permitem concluir não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres, ao nível de significância de 5%, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que estes dados não são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto aos resultados relativos as variáveis grupo etário, grupo profissional e grupo por antiguidade na profissão, fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao um nível de significância de 5%, permitem de igual forma concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo, também não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Constata-se assim que tanto a idade, como a profissão, como a antiguidade na profissão não são elementos de influência na percepção dos factores de qualidade, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo.

Procurou-se ainda saber quais os atributos de qualidade organizacional que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo o teste de *Friedman* fornecido resultados que permitem constatar a existência de diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional. Os resultados

provenientes da análise de 102 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,815$; gl7; $p = 0,000$) no bloco factorial desenvolvimento organizacional (factor 1), o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os aspectos mais valorizados os relativos à existência de plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00), à existência de relatório de actividades do ano transacto (média de posições 4,98) e à inclusão no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade, à equidade e à continuidade de cuidados (média de posições 4,90), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade da organização e gestão é a existência do plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00). A valorização atribuída pelos profissionais a este atributo da qualidade organizacional reflecte a importância que o planeamento das actividades tem na qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, apesar do contributo dado por aquele bloco factorial para a qualidade organizacional ser deficitário, na perspectiva dos profissionais de saúde, sendo esta uma das áreas a ter em conta aquando da introdução de melhorias da qualidade organizacional nos Centros de Saúde.

Também em relação aos atributos da qualidade agregados no factor 2 (organização do trabalho) se conclui existirem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde a estes atributos. A análise de 109 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 142,532$; gl5; $p = 0,000$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo neste caso os atributos que os inquiridos consideram exercer maior influência na qualidade organizacional a organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares (média de posições 4,12), a existência de descrição de funções da equipa e de cada profissional dentro da equipa (média de posições 3,87) e a consciência que os membros da equipa têm do seu papel e funções (média de posições 3,86).

Os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, permitem constatar que, segundo a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais

consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permitem concluir que, na dimensão organização e gestão, a área que os profissionais consideram que apresenta melhores atributos de qualidade é a área de organização do trabalho, estando os atributos de qualidade que os profissionais percebem como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde relacionados com a existência de equipas multiprofissionais. A área que os profissionais consideram que apresenta os piores atributos de qualidade está relacionada com a gestão de recursos humanos.

Os resultados do estudo permitem concluir que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, se encontra definido por uma forte componente organizacional relacionada com a gestão dos Centros de Saúde, que influencia negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde, e uma componente relacionada com a organização do trabalho, que exerce influência positiva na qualidade organizacional dos serviços de saúde e que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

3.2 Direitos do Cidadão

Na dimensão Direitos do Cidadão, os resultados obtidos a partir das opiniões expressas pelos profissionais permitem constatar que estes consideram os atributos de qualidade relativos à garantia dos direitos do cidadão no seio das organizações de saúde onde trabalham como sendo de qualidade, apresentando todos os atributos elevados valores médios, encontrando-se os valores mais elevados no bloco de variáveis relativas aos direitos do cidadão, como a existência de livro de reclamações disponível e acessível (3,88), a possibilidade de resposta no prazo de um mês a todas as reclamações dos utentes (3,59), a existência de mecanismos de tratamentos de sugestões dos utentes (3,46) e a existência de gabinete do utente com horário expresso (3,23), o mesmo se verificando em relação aos atributos de qualidade organizacional relativos ao

atendimento dos utentes com dignidade e privacidade, sendo os valores médios das opiniões expressas pelos respondentes de 3,74 no atributo é respeitada a natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais, de 3,73 no atributo o doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada, de 3,66 no atributo o doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação, de 3,58 no atributo relativo à possibilidade do doente mudar de médico, de 3,35 no atributo relativo à possibilidade do doente escolher o seu médico de acordo com a sua preferência e de 3,22 no atributo relativo ao consentimento dado pelo doente para participar, ou não, no ensino médico.

O respeito pelos direitos do cidadão nas unidades de saúde foi abordado na componente teórica como sendo um dos elementos essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O cidadão e a sociedade são a razão de ser dos sistemas de saúde (WHO 2000). Levar o cidadão a ter uma atitude mais participativa e de maior responsabilização pela sua saúde pressupõe a sua participação no desenvolvimento dos serviços de saúde, a qual se constitui como um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade organizacional dos serviços de saúde (Neves 2002; Ferreira et al 2003, Pisco 2001). O apoio e incentivo a dar a essa participação passa pela existência nos centros de saúde de estruturas que permitam ao utente manifestar o seu agrado ou desagrado pelos serviços que lhe foram prestados e receber informação de retorno sobre os assuntos expostos. Este “empowerment” do cidadão passa ainda pela possibilidade de livre escolha, quer no que toca ao médico com o qual se vai agenciar, quer no que respeita à aceitação ou recusa, livre e informada, de todo e qualquer acto terapêutico, da participação nas investigações e no ensino médico. Esta atitude positiva dos centros de saúde quanto à salvaguarda dos direitos do cidadão, nomeadamente no que se refere ao respeito pela natureza confidencial dos dados médicos e pessoais dos utentes, exerce uma enorme influência na confiança depositada pelo cidadãos nos profissionais de saúde e nas instituições de saúde (Reinhardt 1998) e contribui positivamente para a qualidade dos serviços de saúde.

Esta é uma das áreas organizacionais que, de acordo com as opiniões expressas pelos profissionais, apresenta os melhores atributos de qualidade, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em análise e para a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Com base nestes resultados constata-se a existência nos Centros de Saúde em estudo de uma configuração organizacional, na dimensão direitos do cidadão, que se caracteriza pela defesa e garantia dos direitos do cidadão no interior da organização, pelo respeito pela liberdade de escolha do utente e pela resolução dos conflitos entre os utentes e a instituição, que induz satisfação nos profissionais de saúde e influencia de modo positivo a qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo e os resultados da prestação de cuidados de saúde.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão, conduzem a conclusões semelhantes. Os três factores principais extraídos, que explicam 66,937% da variância total dos dados iniciais, sendo o mais importante representado pelo factor direitos de cidadania (DCI1), com média de *scores* de 21,7383 (variância total explicada 31,843%), seguido do factor liberdade de escolha (DCI2), com média de *scores* de 6,9381 (variância total explicada 18,068%), e do factor negociação/gestão de conflitos (DCI3), com média de *scores* de 12,8019 (variância total explicada 17,026%), confirmam a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos três factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à salvaguarda dos direitos do cidadão, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à garantia da liberdade de escolha do utente e por fim os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à gestão de conflitos.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão direitos do cidadão são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Quanto à influência das variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais sobre a percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão direitos do cidadão, constata-se a existência de um consenso alargado entre

os diferentes grupos profissionais no que respeita à política seguida pelos Centros de Saúde relativa à garantia dos direitos do cidadão no interior das organizações de saúde, fornecendo a interpretação dos resultados informações que apontam para a existência de uma abertura das instituições de saúde para novas formas de organização nas quais o utente é percebido como um cidadão de plenos direitos, com poder de influência na tomada de decisão sobre os aspectos relativos ao seu estado de saúde/doença. A centralidade no utente enfatiza a necessidade deste ser considerado um parceiro insubstituível na organização e gestão dos serviços de saúde, sendo hoje um dos aspectos mais relevantes de qualquer sistema de gestão da qualidade. Os resultados obtidos estão em harmonia com os conceitos teóricos abordados neste estudo sobre os direitos do cidadão nos serviços de saúde. Uma cidadania iluminada manifesta-se através de escolhas informadas. Mas denunciar de forma construtiva erros na prestação de cuidados de saúde e colaborar na melhoria da prestação dos cuidados de saúde e na reforma de políticas de saúde são também comportamentos de cidadania (Ministério da Saúde 2004).

Os valores fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que as opiniões expressas pelos profissionais de saúde só apresentam diferenças estatisticamente significativas na questão relativa à existência de livro de reclamações disponível e acessível ($\chi^2 = 6,610$; g_{12} ; $p = 0,037$), concluindo-se, pela observação dos resultados, serem os enfermeiros quem considera este aspecto com maior qualidade. Sobre este resultado é provável que tenha algum impacto o facto de serem os profissionais de enfermagem aqueles que mais tempo permanecem junto dos utentes, ouvindo as suas queixas e as suas sugestões, constituindo-se muitas vezes como confidentes e conselheiros dos utentes, sendo também os enfermeiros que, em razão do exercício das suas funções, na maioria das vezes acompanham os utentes até ao local onde possam apresentar as suas queixas, reclamações ou sugestões.

Os resultados provenientes da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, a partir das respostas expressas pelos profissionais com base na antiguidade na profissão, mostram que existem diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais sobre os atributos de qualidade organizacional relativos à garantia dos direitos do cidadão nas organizações de saúde, nomeadamente no que se refere à possibilidade do doente poder aceitar ou recusar participar em actividades de

investigação, sendo o grupo que detém entre 10 e 19 anos de antiguidade na profissão aquele que percebe a existência deste atributo como sendo de qualidade ($\chi^2 = 10,90$; g_{13} ; $p = 0,012$). Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços nos Centros de Saúde em estudo, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Quanto às diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão direitos do cidadão, considerando como elementos de influência as variáveis sexo e local de trabalho, observa-se, com base nos resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, a não existência de diferenças significativas entre os dois grupos, ao nível de significância de 5%, o que leva a concluir não existirem de diferenças significativas entre homens e mulheres, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que os valores encontrados se não constituem a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados do estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes as variáveis de caracterização dos profissionais grupo etário, grupo profissional e grupo por antiguidade na profissão, realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, conduzem a conclusões semelhantes, pelo que, com base nos resultados do estudo a **Hipótese 3** foi infirmada.

Constata-se assim que tanto a idade, como a profissão, como a antiguidade na profissão não são elementos de influência na percepção dos factores de qualidade na dimensão direitos do cidadão, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos de qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os

factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo.

Relativamente aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* mostram que os atributos mais valorizados se encontram agregados no bloco factorial direitos de cidadania (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 107 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 86,655$; gl5; $p = 0,000$) o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferença na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os atributos mais valorizados os relativos à existência de livro de reclamações disponível e acessível (média de posições 4,02), ao respeito pela natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais de saúde em razão do exercício das suas funções (média de posições 3,67) e à possibilidade do doente poder aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada (média de posições 3,64), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade organizacional é a existência de livro de reclamações disponível e acessível.

A valorização atribuída pelos profissionais a este aspecto da qualidade organizacional reflecte a importância que as sugestões, queixas ou reclamações dos utentes têm na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, como tinha sido evidenciado nos conceitos teóricos abordados, sendo hoje a opinião dos utentes reconhecida como indispensável na monitorização da qualidade dos serviços de saúde assim como na identificação de problemas a corrigir e na reorganização dos serviços de saúde. A informação fornecida por estes mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes com os serviços de saúde não é despicienda (Neves 2000), na medida em que, na maioria dos casos, reflecte o comportamento dos utentes face a experiências vivenciadas e que os levam a expor a sua situação, seja de agrado, seja de desagrado, e fornece informações únicas que têm de ser valorizadas pelas instituições de saúde como elementos essenciais para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Em relação aos atributos da qualidade agregados no factor 3 (gestão de conflitos), também se conclui existirem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde. A análise de 106 casos válidos revela um valor

significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 16,375$; gl3; $p = 0,001$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo neste caso o atributo que os inquiridos consideram exercer maior influência na qualidade organizacional a existência de mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes (média de posições 3,48), seguido do atributo relacionado com a existência de gabinete do utente com horário expresso (média de posições 3,24). Contudo, na perspectiva dos inquiridos, os atributos que maior influência exercem sobre a qualidade organizacional, na dimensão direitos do cidadão, são os relacionados com os direitos de cidadania (factor 1).

Como síntese final pode dizer-se que os resultados dos estudos efectuados com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, na dimensão direitos do cidadão, mostram que, segundo a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade do que outras.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permite concluir que, na dimensão direitos do cidadão, a área que os profissionais consideram que apresenta os melhores atributos de qualidade é a área relacionada com os direitos de cidadania, estando os atributos de qualidade que os profissionais percebem como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionados com a existência de livro de reclamações disponível e acessível, com o respeito pela natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais e com a possibilidade de o doente poder aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada.

Assim, os resultados do estudo permitem concluir que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde se encontra definido por uma forte componente organizacional relacionada com a garantia dos direitos de cidadania dos utentes no interior das instituições de saúde e uma segunda componente relacionada com a gestão dos conflitos surgidos entre os utentes e as organizações de saúde.

3.3 Promoção da saúde

Na dimensão Promoção da Saúde, os resultados das opiniões expressas pelos profissionais mostram que os atributos de qualidade organizacional que os profissionais consideram como sendo de melhor qualidade são os relativos à existência no centro de saúde de material de divulgação sobre promoção da saúde e prevenção da doença (média 3,50), à colaboração dada pelo centro de saúde às instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (média 3,50), à existência de actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos (média 3,48), à colaboração do centro de saúde com programas locais e regionais que divulga junto da população (média 3,46) e à existência de participação do centro de saúde em posturas municipais (média 3,41), estando os atributos que os profissionais consideram com menos qualidade relacionados com a capacidade do centro de saúde promover a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde (média 2,82), com a recolha de informação feita pelo centro de saúde sobre a saúde da população e sua posterior divulgação (média 2,86) e com a divulgação à população de informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença (média 2,91). Estes resultados sugerem a necessidade de melhorar a qualidade de alguns dos atributos relacionados com a promoção da saúde dos cidadãos.

A promoção da saúde dos cidadãos é um aspecto de importância fundamental para a qualidade dos serviços de saúde, como referido nos conceitos teóricos abordados sobre esta temática. A promoção de saúde é vista como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde (Rodrigues et al 2005) no sentido de a melhorarem, seja por meio da definição de políticas públicas favoráveis à saúde, seja na preservação dos recursos naturais e na criação de ambientes que apoiem e facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis, seja no reforço e incentivo dado à participação activa e empenhada dos indivíduos e da comunidades na criação de condições que lhes permitam desfrutar de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida, seja no desenvolvimento de competências individuais que capacitem as pessoas para lidar com os desafios do dia-a-dia e com as situações de doença crónica de forma mais equilibrada e eficaz, seja ainda na reorientação dos serviços de saúde por forma a aumentar e a rentabilizar a sua capacidade de resposta às

necessidades da população e a adoptar formas pró-activas de promoção da saúde das pessoas e das comunidades, tendo como objectivo último diminuir o peso da doença e alcançar ganhos em saúde através da mudança de comportamentos, crenças, atitudes, práticas e acções (WHO 1986).

A promoção da saúde surge assim como uma forma de “empowerment” dos cidadãos e das comunidades, levando-os a envolverem-se em assuntos relacionados com a sua saúde e a de toda a população, contribuindo com a sua acção para a reorientação dos serviços de saúde de acordo com as necessidades das populações, aumentando deste modo os níveis de acessibilidade a cuidados de saúde e de equidade na prestação de cuidados, diminuindo as desigualdades, factores que constituem os fundamentos da qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Apesar da importância de que se reveste a promoção da saúde para a melhoria de vida dos cidadão e para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, esta é uma das áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias. A implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade organizacional na área da promoção da saúde que inclua a formação dos profissionais de saúde na implementação de abordagens promotoras de saúde contribuirá de forma decisiva para a melhoria da qualidade organizacional e de prestação de cuidados.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde na dimensão promoção da saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Com base nestes resultados constata-se a existência nos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde, de uma configuração organizacional que se caracteriza pela existência de uma política de promoção da saúde e uma política de educação para a saúde cujo contributo para a melhoria da qualidade organizacional do centro de saúde é deficitário, sendo, por essa razão, uma área a ter em conta na implementação e desenvolvimento de um sistema de qualidade, de acordo com a avaliação feita pelos profissionais de saúde.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde, conduzem a conclusões semelhantes. Os dois factores principais extraídos que explicam 66,713% da variância total dos dados iniciais e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor política de promoção da saúde (PSA1), com média de *scores* de 18,5728 (variância total explicada 36,012%), detendo o factor política de educação para a saúde (PSA2) uma média de *scores* de 10,4474% (variância total explicada 30,701%), confirmam a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos dois factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à promoção da saúde, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à educação para a saúde.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão promoção da saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Quanto à influência das variáveis de caracterização dos profissionais de saúde sobre a percepção da qualidade organizacional, os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre as opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão promoção da saúde, levam a concluir que no seio dos profissionais de saúde existem diferenças significativas quanto a forma como os profissionais percebem os atributos de qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo.

Os resultados permitem concluir que é o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como sendo de qualidade os aspectos organizacionais relacionados com a política de promoção da saúde (factor 1), nomeadamente quanto à intervenção do centro de saúde na criação de ambientes saudáveis na comunidade ($\chi^2 = 9,138$; g_1 ; $p = 0,001$), quanto à colaboração do centro de saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos ($\chi^2 = 8,811$; g_1 ; $p = 0,002$), quanto à

existência de divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença ($\chi^2 = 15,841$; gl₂; p = 0,000), quanto à disponibilização pelo centro de saúde de material de divulgação sobre promoção da saúde e prevenção da doença ($\chi^2 = 14,059$; gl₂; p = 0,001) e ainda relativamente à existência no centro de saúde de actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos ($\chi^2 = 10,114$; gl₂; p = 0,006) e à colaboração dos centros de saúde com programas de saúde locais e regionais ($\chi^2 = 6,777$; gl₂; p = 0,034).

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde, como ficou dito na componente teórica, estando os cuidados de saúde primários numa posição privilegiada para intervir junto dos cidadãos, incentivando-os a adoptar comportamentos e estilos de vida saudáveis, pois são o primeiro nível de contacto do cidadão, da família e da comunidade com o sistema de saúde, prestando cuidados de saúde tão perto das pessoas quanto o possível, cujo papel tem sido decisivo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde como o demonstram os resultados de estudo empíricos realizados nesta área que utilizam a satisfação do utente como indicadores, como foi referido na abordagem teórica sobre esta temática. Os profissionais de saúde devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para alcançarem uma vida saudável e abrirem canais de comunicação entre o sector da saúde e os sectores social, político, económico e ambiental. Os cuidados de saúde primários detêm uma particular responsabilidade na promoção da saúde que decorre não só da especificidade da sua intervenção mas também das múltiplas oportunidades de contacto directo dos seus profissionais com as pessoas que a eles acorrem e com as comunidades que servem (Ministério da Saúde 2004), sendo esta uma área por excelência de práticas de enfermagem (Rodrigues et al 2005).

Os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que, de acordo com a antiguidade na profissão, as opiniões expressas pelos inquiridos apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas no atributo relativo à capacidade do centro de saúde para promover a mobilização, dinamização e envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde ($\chi^2 = 8,397$; gl₃; p = 0,038), verificando-se que são os profissionais com nove ou menos anos de antiguidade na profissão que melhor percebem este aspecto como sendo de qualidade. Por se tratar dos

profissionais mais jovens, é provável que estes estejam mais sensibilizados para a necessidade de promoverem a saúde junto das populações, já que se trata de um tema cuja abordagem é relativamente recente na história dos serviços de saúde, reconhecendo estes mais facilmente a promoção da saúde como a melhor forma de aumentar os níveis de equidade no acesso dos utentes a cuidados de saúde com qualidade.

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Quanto à influência exercida pelas variáveis de caracterização sexo e local de trabalho na percepção que os profissionais detêm sobre os factores organizacionais, na dimensão promoção da saúde, os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* demonstram não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que não foi possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nos resultados fornecidos pelo estudo.

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes o grupo etário, a profissão e a antiguidade na profissão, realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, forneceu resultados que permitem concluir não existirem de diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo também não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**, o que demonstra que nem a idade, nem a profissão, nem a antiguidade na profissão são elementos de influência na percepção que os profissionais detêm dos factores de qualidade organizacional, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão promoção da saúde.

Com base nos resultados obtidos procurou-se saber se existem atributos de qualidade que os profissionais de saúde considerem com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão promoção da saúde, tendo os resultados do teste de *Friedman* fornecido informação que demonstra a existência de diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional agregados no bloco factorial política de promoção da saúde (factor 1).

Os resultados provenientes da análise de 103 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 98,380$; gl5; $p = 0,000$) o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo o atributo mais valorizado o relativo à colaboração do centro de saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (média de posições 4,34), seguido do atributo relativo à participação do centro de saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde (média de posições 4,09). Estes resultados sugerem, uma vez mais, uma abertura à mudança por parte dos profissionais de saúde, reconhecendo como essenciais os atributos relacionados com a promoção da saúde das populações e a necessidade do centro de saúde estender a sua acção até junto das instituições locais e dos organismos municipais, estabelecendo com estes parcerias para a prática da promoção da saúde, já que estes se constituem como os *settings* de eleição tanto para a promoção da saúde como para a educação para a saúde.

Assim, em jeito de síntese final, pode dizer-se que os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, mostram que, de acordo com a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores

atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permite concluir que, na dimensão promoção da saúde, a área que os profissionais consideram que apresentam os melhores atributos de qualidade é a área da política de promoção da saúde, estando os atributos de qualidade que os profissionais perceberam como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde relacionados com a colaboração do centro de saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos e com a participação do centro de saúde em posturas municipais.

Com base nos resultados do estudo pode dizer-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde, na dimensão promoção da saúde, na perspectiva dos seus profissionais de saúde, se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com a política de promoção da saúde e uma outra componente relacionada com a política de educação para a saúde.

3.4 Prestação de cuidados de saúde

Os resultados dos estudos realizados sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, com base nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde, demonstram que os profissionais consideram os atributos relativos à acessibilidade a cuidados de saúde uma área a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando alguns dos atributos baixos valores médios, nomeadamente os relativos à monitorização do tempo de espera no local da consulta (média 2,08), à explicitação pelo centro de saúde do tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta (média 2,10), à monitorização da demora na marcação de consultas (média 2,66) e à obtenção de consulta no próprio dia ou no prazo máximo de dois dias (média 2,97). A questão da acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um foco de descontentamento dos cidadãos com os serviços de saúde quando deles necessitam, apesar de ser reconhecido que o acesso fácil e digno aos cuidados de

saúde é uma prioridade, como ficou explicitado na componente teórica, tendo-se transformado num dos desafios prioritários da política da saúde. A par da equidade, a acessibilidade é um dos factores que mais negativamente influencia a qualidade dos serviços de saúde, na perspectiva dos seus utilizadores, como demonstram estudos empíricos realizados nesta área (McIntyer 2002).

Também neste estudo, a acessibilidade é uma das áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias significativas, por ser uma área vital para a qualidade dos serviços de saúde, as quais têm de passar por uma gestão rigorosa do tempo, factor da maior importância para as organizações de saúde. A monitorização do tempo, que por alguns profissionais pode ser encarado como uma forma indirecta de controlo sobre a actividade profissional, é um indicador de qualidade que não pode ser negligenciado. A monitorização do tempo de espera seja para marcação de consultas, seja o tempo de espera no local da consulta, seja ainda o tempo de espera para uma cirurgia fornece informações sobre a capacidade de resposta dos serviços de saúde, em tempo útil, às necessidades de cuidados de saúde dos utentes, sendo muitas vezes considerado pelos utentes como um elemento de insatisfação, que penaliza de forma severa a qualidade organizacional dos serviços de saúde, como o demonstram estudo empíricos feitos nesta área e que utilizam a satisfação do utente como indicador, como referido na componente teórica.

Contudo, os resultados das opiniões expressas sugerem também a existência de atributos da qualidade que os profissionais consideram como sendo de melhor qualidade. Com base nos valores médios, conclui-se que os aspectos mais valorizados são os relativos à possibilidade de marcação de consultas por telefone (média 3,83), à possibilidade de atendimento no próprio dia dos doentes com situações agudas (média (3,74) e à possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone (média 3,46). Estes são, sem dúvida, atributos que concorrem para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo. Apesar disso, a área organizacional da acessibilidade a cuidados de saúde é uma área que na opinião dos profissionais requer medidas de melhoria de qualidade.

Também os cuidados continuados são uma das áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam piores indicadores de qualidade, com valores

médios muito baixos, de 1,71 na questão relativa ao incentivo dado ao médico de família para visitar os seus doentes em caso de internamento, de 2,03 no atributo relativo à monitorização do tempo de espera para as consultas de referência e de 2,50 no aspecto relativo à referenciação a cuidados secundários, sugerindo estes valores a necessidade de uma intervenção urgente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Outra área organizacional em que as opiniões expressas pelos profissionais sugerem a necessidade da introdução de melhorias significativas é a área da prescrição de exames complementares de diagnóstico, onde os valores médios mais baixos variam entre 2,53, no aspecto relativo à análise e discussão periódica do perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do centro de saúde, e 2,86, no aspecto relativo ao fornecimento regular a cada médico do seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico.

A área organizacional que os profissionais de saúde consideram apresentar os melhores indicadores de qualidade é a área dos registos clínicos, sobretudo no que respeita à confidencialidade, acessibilidade e segurança, com valores médios de 3,74 no atributo relativo à manipulação dos registos clínicos unicamente por pessoal autorizado, 3,65 no atributo relativo à segurança dos arquivos dos registos clínicos de doentes falecidos e 3,61 no atributo relativo ao arquivo e segurança dos registos clínicos dos utentes. Também a área de organização e qualidade dos registos clínicos foi considerada de qualidade, com valores médios de 3,77 no atributo relativo à utilização de suportes de registo individual nos grupos de risco, de 3,68 no atributo relativo à utilização por todos os profissionais de suportes de folha A4 como suporte de registo clínico e de 3,54 no aspecto relativo à introdução pelo centro de saúde de folhas de suporte para situações específicas. Neste bloco de atributos, aquele que segundo a opinião expressa pelos profissionais se apresenta como o pior indicador de qualidade é o atributo relativo à avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos (média 2,63), o que permite concluir que a preservação do sigilo dos dados clínicos e pessoais dos utentes faz parte da cultura dos grupos profissionais, não havendo, contudo, uma cultura de qualidade que leve a considerar a avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos como um elemento essencial para a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Nas restantes áreas organizacionais, como comunicação com profissionais e utentes, onde os valores médios variam entre 2,78 e 3,30, linhas de orientação e protocolos, com valores médios entre 2,87 e 3,03, e política de prescrição de fármacos, com médias entre 2,58 e 3,22, os dados apresentam grande dispersão, sugerindo os resultados das opiniões expressas pelos profissionais a necessidade de introdução de melhorias da qualidade nestas áreas organizacionais.

À parte a área organizacional dos registos clínicos, todas as outras áreas possuem atributos que podem influenciar negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo. Deste modo, a avaliação feita pelos profissionais de saúde à qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, põe em evidência a necessidade da implementação e desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade em algumas das áreas organizacionais, constituindo essa implementação uma das prioridades a levar em conta pelos órgãos de gestão do centro de saúde.

A importância de que se reveste para as organizações de saúde a adopção de sistemas estruturados, que coordenem, identifiquem e documentem as actividades chave no domínio da qualidade, tem levado as organizações de saúde a optar pela implementação e desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade baseados em normas de qualidade, nacionais ou internacionais, com o objectivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, fornecem resultados semelhantes. Os onze factores principais extraídos, que explicam 74,848% da variância total dos dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor da formalização (PCS1), com média de *scores* de 31,4742 (variância total explicada

13,039%), e o segundo representado pelo factor do acesso a cuidados de saúde (PCS2), com valor médio de *scores* de 18,4386 (variância total explicada 9,804%), seguido do factor política de prescrição (PCS3), com média de *scores* de 17,4255 (variância total explicada 9,216%), estando as médias mais baixas situadas a nível do factor de referenciação a cuidados secundários (PCS10), com valor médio de *scores* de 5,7570 (variância total explicada 3,736%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos de qualidade agregados em cada um destes factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à formalização, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à política de prescrição e, por fim, os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à referenciação a cuidados secundários.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão prestação de cuidados de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 1** previamente formulada: **Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Quanto à existência no seio dos profissionais de saúde de diferenças significativas na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos centros de saúde, os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre as opiniões expressas pelos profissionais, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente a situação profissional e antiguidade na profissão, mostram que existem diferenças significativas, sendo o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como tendo qualidade múltiplos atributos organizacionais, sobretudo os atributos agregados no factor da formalização (factor 1), nomeadamente quanto à existência de normas de orientação clínica escritas ($\chi^2 = 7,839$; gl2; $p = 0,020$) e se estas estão escritas de forma clara e inteligível, se são regularmente revistas, se estão compiladas num manual e se são acessíveis a todos ($\chi^2 = 10,656$; gl2; $p = 0,005$),

quanto à existência de normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento dos serviços de saúde ($\chi^2 = 6,772$; gl2; $p = 0,034$) ou quanto à monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes ($\chi^2 = 6,657$; gl2; $p = 0,036$).

Da avaliação feita pelos profissionais pode concluir-se ser o grupo profissional de enfermagem aquele que mais valoriza os atributos de qualidade organizacional relacionados com a formalização pelas regras, enquanto instrumento de coordenação, que tem por objectivo normalizar e disciplinar, que introduz um efeito estabilizador, como ficou dito na componente teórica, e que, na opinião expressa pelos profissionais de enfermagem, é um elemento indutor de qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo. A existência de normas sistematiza os procedimentos, mas pode, em alguns casos, introduzir alguma rigidez nos processos em desenvolvimento. Contudo, esta é uma área organizacional que parece influenciar positivamente a motivação dos profissionais de enfermagem.

Em relação à variável antiguidade na profissão, os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que existem diferenças significativas, sendo o grupo com 9 ou menos anos de antiguidade na profissão aquele que percepção como sendo de qualidade alguns dos atributos agregados em diversos factores, nomeadamente em relação aos atributos existe monitorização da chegada de exames complementares de diagnóstico anormais com protocolo de convocação de doentes ($\chi^2 = 11,359$; gl3; $p = 0,000$) (factor 1), é analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do centro de saúde ($\chi^2 = 12,397$; gl3; $p = 0,006$) (factor 3), existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados ($\chi^2 = 11,334$; gl3; $p = 0,010$) (factor4) e nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual ($\chi^2 = 12,478$; gl3; $p = 0,006$) (factor 6).

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Acerca da influência exercida pelas variáveis de caracterização sexo e local de trabalho na percepção que os profissionais de saúde detêm sobre os factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* não são significativos, podendo concluir-se não serem as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência na avaliação feita pelos profissionais aos factores de qualidade organizacional, pelo que a **Hipótese 3** foi infirmada.

Também os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que a variável de caracterização grupo etário não é um elemento de influência sobre a percepção que os profissionais de saúde detêm acerca dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo a análise fornecido resultados não significativos, pelo que, com base nos resultados do estudo também não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados do estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional, mostram que há diferenças estatisticamente significativas nas respostas expressas pelos inquiridos relativamente ao factor 9 (gestão de materiais_rec), sendo os profissionais de enfermagem quem melhor percebe os atributos deste factor como tendo qualidade ($\chi^2 = 13,989$; gl2; $p = 0,001$). Os resultados obtidos permitem a rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que há evidência estatística que permite afirmar que a profissão é um elemento de influência na percepção dos factores que caracterizam a organização dos centros de saúde em estudo. Estes resultados são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores da qualidade organizacional, quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização antiguidade na profissão, mostra que há diferenças estatisticamente significativas nas respostas expressas pelos inquiridos relativas ao factor 2 (acesso a cuidados de saúde_rec), sendo os profissionais com mais anos de profissão os que menos qualidade atribuem a esse factor ($\chi^2 = 7,984$; gl3; $p = 0,043$). Os resultados obtidos permitem a rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido, ao nível de significância de 5%, que há evidência estatística que permite afirmar que a antiguidade

na profissão é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo. Os resultados obtidos são também a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, os resultados do teste de *Friedman* mostram que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade organizacional, sendo os atributos mais valorizados os agregados no bloco factorial formalização (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 97 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 151,151$; gl9; $p = 0,000$), o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os aspectos mais valorizados todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registo clínico (média de posições 7,34), existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços (média de posições 6,27), existem normas de orientação clínica escritas, orientadas para problemas comuns de saúde (média de posições 6,01), existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico (média de posições 5,74) e existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do centro de saúde (média de posições 3,07), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade organizacional é a utilização por todos os profissionais dos suportes de folha A4 como suportes de registo clínico.

Relativamente ao acesso a cuidados de saúde, o resultado da análise de 114 casos válidos revelou um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 50,902$; gl4; $p = 0,000$), sendo os aspectos mais valorizados existe possibilidade de marcação de consultas telefonicamente (média de posições 3,26), os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado (média de posições 3,14) e existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável (média de posições 2,98).

Também em relação aos atributos de qualidade organizacional agregados nos restantes factores se conclui que existem diferenças significativas na valorização

atribuída pelos profissionais, revelando a análise dos diferentes casos válidos, para cada factor, valores significativos do teste de *Friedman*.

Em síntese, pode dizer-se que os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações de qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, mostram que, de acordo com a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* mostra que, na dimensão prestação de cuidados de saúde, as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são a área de gestão da comunicação escrita e a área da acessibilidade a cuidados de saúde, estando os atributos de qualidade que os profissionais perceberam como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde relacionados com a formalização e com o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, com base nos resultados do estudo pode dizer-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde se encontra definido por uma forte componente organizacional relacionada com a comunicação escrita entre os órgãos de gestão, os profissionais de saúde e os utentes e uma segunda componente relacionada com a política de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

3.5 Educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Os resultados dos estudos realizados sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade, com base nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde, mostram que os profissionais consideram os atributos de qualidade relativos à avaliação e monitorização da qualidade uma área organizacional a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando todos os atributos baixos valores médios, sendo de 2,41 no atributo existem devidamente programadas actividades de garantia da qualidade, de 2,55

no atributo existem relatórios das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, de 2,58 no atributo existe *feedback* da informação aos profissionais das diferentes áreas, de 2,68 no atributo anualmente é feita a avaliação do centro de saúde e debatida com todos os profissionais e de 2,70 no atributo os programas de garantia de qualidade incluem a avaliação do desempenho.

A situação não melhora quando se discutem os resultados relativos à avaliação da satisfação dos utentes, onde os valores médios são de 2,37 no atributo existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, de 2,40 no atributo nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes e de 2,45 no atributo existe avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos utentes.

Mas a situação piora quando se discutem os resultados relativos à avaliação da satisfação dos profissionais, área que apresenta os valores médios mais baixos, sendo de 2,18 no atributo existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, de 2,19 relativo ao atributo nos últimos 12 meses foram introduzidas alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais, de 2,29 relativo ao atributo existe avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais e de 2,41 no atributo existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais.

Apesar de se constatar que nos Centros de Saúde em estudo existem diversos processos de desenvolvimento da qualidade organizacional, como a avaliação e monitorização da qualidade e a avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais, com possibilidade de utilização de indicadores diversos como o desempenho individual ou a satisfação dos utentes e dos profissionais, estes processos de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde, não introduziu melhorias significativas na organização nem nos resultados da prestação de cuidados de saúde, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 2: Não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde, apesar de se poder esperar a predominância das políticas e práticas derivadas das orientações hierárquicas ou verticais, nomeadamente oriundas da Região de Saúde do Centro.**

As áreas organizacionais do desenvolvimento da qualidade surgem, neste estudo, como áreas críticas, na perspectiva dos seus profissionais, que contribuem decisivamente para a degradação da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Quanto à área organizacional da formação contínua multiprofissional, os valores médios, na maioria dos atributos, continuam baixos, estando a maioria compreendida entre 2,35, no atributo existem actividades de formação contínua integradas nas rotinas normais de trabalho, e 3,15, no atributo existe informação acessível sobre oportunidades de formação. Quanto à área organizacional da investigação científica, esta apresenta os piores valores de média, com 1,64 no atributo relativo à publicação de artigos científicos no último ano, 1,82 no atributo relativo ao incentivo dado pelo centro de saúde à investigação e 2,15 no atributo relativo à existência de projectos de investigação no corrente ano.

Estas são áreas organizacionais em relação às quais as opiniões expressas pelos profissionais de saúde não deixam dúvidas quanto à necessidade de introdução de melhorias significativas. Por se tratar de áreas vitais para a qualidade organizacional dos centros de saúde, estas têm de ser objecto de especial atenção por parte dos órgãos de gestão e de todos os profissionais, assim como pelos próprios utentes e cidadãos consumidores de serviços de saúde.

Quanto à avaliação e monitorização da qualidade, deixou de ser uma opção das organizações de saúde para se tornar numa verdadeira filosofia de gestão, como referido na componente teórica. Sejam quais forem os indicadores utilizados para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde, não basta medir, tem de ser constantemente monitorizada, introduzindo correcções sempre que seja necessário. É um processo dinâmico que necessita do envolvimento de todos os profissionais e utentes. Qualidade significa, assim, uma maneira de encarar o trabalho que valoriza os produtos os serviços e as pessoas (Cruz e Carvalho 1992).

A satisfação dos utentes e profissionais tem sido, recorrentemente, utilizada como indicador de qualidade dos serviços de saúde, como referido na componente teórica, sendo muitos os exemplos de estudo empíricos realizados nessa área que utilizam a satisfação dos utentes e profissionais como forma de medir e posteriormente

monitorizar a qualidade dos serviços de saúde. Mas se é importante medir, tão importante é acompanhar a evolução da melhoria da qualidade.

Quanto à formação contínua multiprofissional, ela é um dos pilares de sustentação da qualidade dos serviços de saúde, esteja ela ligada à prática clínica, à prática organizacional ou à prática de prestação de cuidados, pois o desenvolvimento da qualidade está intimamente ligado à educação contínua, tendo como objectivo último a prestação de cuidados otimizados aos doentes.

No que respeita à investigação científica, esta é uma das fontes para obter qualidade, assim com o envolvimento de todos os níveis da organização e informações detalhadas sobre a qualidade e sua monitorização (Garvin and Tropman 1992).

Com base nestes resultados pode dizer-se ser a dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade uma das áreas organizacionais a necessitar de reformas profundas, de molde a elevar os seus níveis de qualidade.

Os resultados sugerem a existência nos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, de uma configuração organizacional que se caracteriza por uma ausência de cultura da qualidade, que influencia de modo negativo a avaliação feita pelos profissionais, sendo as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam os piores indicadores de qualidade a área da investigação científica, seguida da área de avaliação da satisfação dos profissionais e utentes e da área da avaliação e monitorização da qualidade que, na perspectiva dos profissionais de saúde, influenciam negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações de qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, conduzem a conclusões semelhantes. Os seis factores principais extraídos, que explicam 75,669% da variância total dos dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo

os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor garantia da qualidade (FDQ1), com média de *scores* de 16,3571 (variância total explicada 18,689%), seguido do factor do desenvolvimento de competências (FDQ2) como o segundo mais importante, com média de *scores* de 14,4393 (variância total explicada 14,435%), detendo o terceiro factor uma média de *scores* de 10,210 (variância total explicada 13,256%), estando os valores mais baixos das médias dos seis factores situados ao nível da estrutura factorial da gestão do conhecimento (FDQ5), com uma média de *scores* de 8,8073 (variância total explicada 10,156%), e da estrutura factorial da gestão científica (FDQ6), com uma média de *scores* de 5,5980 (variância total explicada 7,630%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos seis factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à garantia da qualidade, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos ao desenvolvimento de competências, seguidos dos valores organizacionais relacionados com a avaliação da satisfação dos utentes, e por fim os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à gestão do conhecimento e com os atributos de qualidade relacionados com a investigação científica, sendo esta uma das configurações organizacionais que interfere negativamente no perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo, na perspectiva dos seus profissionais.

Os resultados provenientes da análise factorial de componentes principais são a favor da confirmação da **Hipótese 1** previamente formulada: **Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Quanto à existência no seio dos profissionais de diferenças significativas na percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços de saúde dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais, nomeadamente a situação profissional e antiguidade na profissão, os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que existem diferenças significativas quanto à forma como os profissionais percebem os atributos de qualidade organizacional dos centros de saúde.

Dos resultados observados conclui-se ser o grupo profissional dos administrativos quem avalia como sendo de qualidade os atributos relacionados com a garantia da qualidade (factor 1), sobretudo no que se refere à avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais ($\chi^2 = 16,885$; gl2; $p = 0,000$), assim como à existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais ($\chi^2 = 16,171$; gl2; $p = 0,000$) e à existência de relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas. Com base na informação extraída é de admitir que seja o grupo dos profissionais administrativos um dos grupos que utiliza a avaliação da satisfação dos profissionais como indicador da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo, utilizando os registos dos resultados como método de monitorização, e dando aos profissionais *feedback* dos resultados encontrados, sendo discutidas em reuniões as causas da insatisfação, factos que são corroborados pela forma como os administrativos avaliaram o atributo de qualidade relativo à existência de *feedback* da informação aos profissionais dos diferentes sectores ($\chi^2 = 8,601$; gl2; $p = 0,014$) (factor 3).

Já o grupo profissional dos enfermeiros avalia como sendo de qualidade os atributos relacionados com a existência de programas de garantia de qualidade, que incluem a avaliação do desempenho profissional ($\chi^2 = 12,970$; gl2; $p = 0,002$), e com a introdução de alterações no centro de saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais ($\chi^2 = 7,491$; gl2; $p = 0,000$), sendo estes resultados a favor da existência entre o grupo dos enfermeiros da monitorização da qualidade por meio da avaliação do desempenho individual, o que não surpreende, já que a avaliação do desempenho individual é um requisito legal para a progressão na carreira. Os resultados encontrados sugerem ainda a existência da avaliação da satisfação dos enfermeiros, que resulta na introdução de algumas acções correctivas no centro de saúde, face aos resultados obtidos.

Outro atributo de qualidade que os enfermeiros avaliaram como sendo de qualidade foi a existência de actividades de formação contínua integrada nas rotinas normais de trabalho ($\chi^2 = 6,427$; gl2; $p = 0,040$), podendo ser este resultado um indicador de que é o grupo profissional de enfermagem quem mais utiliza a formação em serviço, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional (factor 1).

Outros atributos de qualidade igualmente valorizados pelos enfermeiros estão relacionados com o desenvolvimento de competências (factor 2), nomeadamente quanto à existência de levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais ($\chi^2 = 25,334$; gl2; $p = 0,000$), quanto à existência de uma política explicitada de participação em acções de formação ($\chi^2 = 12,392$; gl2; $p = 0,002$) e quanto à existência de um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço, o que faz supor que seja uma vez mais o grupo profissional dos enfermeiros a ter um sistema organizado de formação.

Também os resultados obtidos da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais quanto à qualidade organizacional dos centros de saúde, mostram que existem diferenças significativas, nomeadamente quanto à avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais ($\chi^2 = 14,389$; gl2; $p = 0,005$), assim como quanto à existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais ($\chi^2 = 14,697$; gl2; $p = 0,002$) e quanto à existência de relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, sendo os profissionais mais jovens quem melhor avalia estes atributos como sendo de qualidade, podendo estar subjacente a esta valorização o facto de serem as camadas mais jovens de profissionais os mais sensibilizados para as questões da avaliação e monitorização da qualidade e, sobretudo, para as questões da avaliação da satisfação dos profissionais, em virtude destes temas terem uma história recente nas organizações de saúde e, eventualmente, fazerem parte dos programas de formação contínua de alguns grupos profissionais.

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Quanto à existência de diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis

de caracterização dos respondentes sexo e local de trabalho, os resultados do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* mostram a existência de diferenças significativas na percepção do factor de qualidade monitorização da qualidade_rec (K-S Z = 1,443; p = 0,031) entre homens e mulheres, levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados da análise comparativa das opiniões expressas pelos profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde mostram que não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional, pelo que não foi possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nestes valores.

Os resultados do estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização grupo etário, grupo profissional e grupo por antiguidade na profissão, com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, mostram que há diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec ($\chi^2 = 2,076$; gl3; p = 0,478) quando se considera o grupo etário, pelo que se rejeita a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, sendo o grupo com 34 ou menos anos de idade aquele que melhor percebe este factor como sendo de qualidade. Os resultados do teste são a favor da confirmação da **Hipótese 3**. Estes resultados estão em consonância com os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* quando se procedeu ao cruzamento da variável independente grupo etário com as variáveis dependentes (atributos de qualidade), reforçando a ideia de serem os profissionais mais jovens a estarem mais sensibilizados para os processos de desenvolvimento da qualidade nos centros de saúde em estudo.

Os resultados mostram ainda que existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional. Assim, verifica-se que, em relação ao factor garantia da qualidade_rec (factor 1), são os enfermeiros quem melhor percebe este factor como sendo de qualidade ($\chi^2 = 15,184$; gl2; p = 0,001), o mesmo se verificando em relação ao factor desenvolvimento de competências_rec (factor 2) ($\chi^2 = 8,623$; gl2; p = 0,013), situação que já se havia verificado aquando do estudo das

diferenças de percepção dos itens dos conjuntos factoriais. Os resultados do teste são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto à variável de caracterização antiguidade na profissão, os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que existem diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec ($\chi^2 = 18,796$; gl3; $p = 0,000$), sendo os profissionais com antiguidade na profissão igual ou inferior a nove anos aqueles que melhor percebem este factor como sendo de qualidade. Estes resultados confirmam os resultados anteriormente discutidos que mostravam serem os profissionais das camadas mais jovens a valorizarem mais os processos de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo. Estes resultados são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Em relação aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* mostram que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional. Considerando os resultados do bloco factorial garantia de qualidade (factor 1), verifica-se que a análise de 98 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 34,939$; gl6; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, sendo o atributo que os profissionais consideram de maior qualidade os programas de qualidade incluem a avaliação do desempenho profissional (média de posições 4,74).

No bloco factorial desenvolvimento de competências (factor 2), a análise de 107 casos válidos também revelou um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,359$; gl4; $p = 0,000$), sendo o atributo que os profissionais consideram com mais qualidade a existência de informação acessível sobre oportunidades de formação (média de posições 3,41), e no bloco factorial avaliação da satisfação dos utentes a análise de 104 casos válidos revelou também um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 82,735$; gl3; $p = 0,000$), sendo o atributo que os profissionais consideram com mais qualidade a existência de outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes (média de posições 3,10).

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman*



permite constatar que, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são a área da garantia da qualidade e a área de desenvolvimento de competências, estando os atributos de qualidade que os profissionais percebem como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde dos centros de saúde relacionados com a garantia da qualidade, e os que os profissionais percebem como tendo menos qualidade relacionados com a área da gestão do conhecimento e a área da investigação científica.

Assim, com base nos resultados do estudo, pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com a garantia da qualidade, uma segunda componente relacionada com o desenvolvimento de competências, uma terceira componente relacionada com a avaliação da satisfação dos utentes, uma quarta componente relacionada com a gestão do conhecimento e uma quinta componente relacionada com a investigação científica, que na perspectiva dos profissionais pouco ou nada contribui para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e dos resultados da prestação de cuidados de saúde.

3.6 Instalações e equipamentos

Os resultados dos estudos realizados sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, com base nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde, mostram que os profissionais consideram os atributos de qualidade relativos à identificação de instalações e profissionais como sendo de qualidade, apresentando valores médios que variam entre 3,52 no atributo relativo à afixação dos horários dos diferentes sectores de atendimento ao público, bem como o nome dos seus responsáveis, e 3,70 no atributo relativo à sinalização e identificação de todos os locais de trabalho. O atributo que na opinião dos profissionais necessita de melhorias da qualidade refere-se à identificação de todos os profissionais em contacto com o público (média 2,79).

Relativamente à acessibilidade às instalações, o atributo que os profissionais consideram com menos qualidade refere-se a existência de transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do centro de saúde (média 2,76). Quanto às áreas específicas para as diferentes actividades, os aspectos que na opinião dos profissionais necessitam de melhoria da qualidade referem-se ao espaço físico e à disposição do mobiliário na área administrativa de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal (média 2,97), assim como à existência nos consultórios das condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade a nível visual e auditivo (média 2,97). Estas questões merecem alguma reflexão, na medida em que a avaliação feita pelos profissionais se refere a realidades distintas, isto é, às áreas específicas da sede dos Centros de Saúde em estudo, que possuem instalações próprias construídas para o efeito e algumas de idade bem recente (meses), e às áreas específicas das 24 extensões de saúde existentes à época da recolha dos dados, algumas das quais ocupavam instalações provisórias sem a menor adequação à prática de cuidados de saúde, o que não invalida a apreciação feita pelos profissionais, mas reforça a ideia de que, apesar de todo o progresso atingido nos últimos anos em relação à melhoria das amenidades físicas, continuam a subsistir situações de desigualdade em relação à qualidade das instalações onde decorre a prestação de cuidados de saúde às populações, como pude constatar no trabalho de campo realizado. Os restantes atributos foram considerados pelos profissionais como sendo de qualidade, variando os valores médios entre 3,65, no atributo existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes devidamente sinalizadas e de fácil acesso, e 3,88, no atributo existe local próprio para tratamento.

Em relação ao equipamento informático, os atributos considerados com menos qualidade referem-se à existência de terminal de computador nos gabinetes médicos (média 2,85) e à existência de pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático (média 3,28), o que não deixa de ser paradoxal, quando a esmagadora maioria dos profissionais (90,4%) considera que os Centros de Saúde dispõem de equipamento informático com o programa SINUS, que se destina à gestão de todas as actividades médicas e de enfermagem, e 79,8% consideram que existe nos centros de saúde *software* específico para codificar as actividades médicas e de enfermagem.

Quanto ao sistema de comunicação, este apresenta elevados valores médios, variando de 3,39, na questão relativa à capacidade do sistema telefónico responder às necessidades de profissionais e utentes, a 3,84, na questão relativa à existência no Centro de Saúde de um equipamento de fax.

Nas questões relativas ao equipamento necessário às actividades, os valores médios variam de 3,44, no atributo relativo à existência na sala de espera de alguns brinquedos para criança e de informação sobre os serviços e material de promoção da saúde, a 3,68, no atributo relativo à existência nos consultórios do equipamento necessário às consultas de medicina geral e familiar.

Considerando o que foi dito na componente teórica sobre as dimensões da qualidade dos serviços de saúde, entre as quais se situam as amenidades físicas, que incluem a acessibilidade física aos cuidados de saúde e a sua aparência física (Reinhardt 1998), não restam dúvidas que, de acordo com as opiniões expressas pelos profissionais de saúde, se trata de uma área organizacional que contribui decisivamente para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde em estudo, apesar de haver aspectos que necessitam de ser melhorados. De referir, ainda, que as amenidades físicas, enquanto dimensão da qualidade de um sistema de saúde, têm sido objecto de estudo em trabalhos empíricos realizados na área da qualidade em saúde, surgindo, com alguma frequência, como factores de insatisfação dos utentes.

Quanto à área organizacional da saúde, higiene e segurança as respostas expressas pelos profissionais denunciam a existência de alguns atributos que consideram com menos qualidade, como a existência de protecção contra o roubo (média 2,29), a existência de plano de emergência em caso de catástrofe (média 2,49) e a existência de um sistema de iluminação e de sinalização (média 2,79), estando os valores médios dos restantes atributos compreendidos entre 3,03 e 3,59. Trata-se de uma área em que as respostas expressas pelos profissionais sugerem a necessidade de introduzir alterações no sentido da melhoria da qualidade.

Com base nestes resultados conclui-se existir nos centros de saúde uma configuração organizacional na dimensão instalações e equipamentos que se caracteriza pela existência de uma componente organizacional relacionada com as amenidades físicas, por uma segunda componente organizacional relacionada com a gestão do equipamento, que satisfazem os profissionais em quase todos os aspectos

organizacionais, e por uma terceira componente organizacional relacionada com a saúde, higiene e segurança, que os profissionais consideram com algum défice de qualidade e a necessitar de melhoria da qualidade. Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde na dimensão instalações e equipamentos são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, conduzem a conclusões semelhantes. Os nove factores principais extraídos, que explicam 74,434% da variância total do dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante o representado pelo factor espaço físico (IEQ1), com média de *scores* de 19,1161 (variância total explicada 14,008%), detendo o factor gestão do equipamento (IEQ2) uma média de *scores* de 18,1117 (variância total explicada 10,464%) e o factor segurança no trabalho (IEQ3) uma média de *scores* de 17,7451 (variância total explicada 9,193%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos ao espaço físico, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à gestão do equipamento e por fim os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à segurança no trabalho.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão instalações e equipamentos são a favor da confirmação da **Hipótese 1** previamente formulada: **Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Com base nos resultados obtidos, procurou-se saber se existem no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos de qualidade organizacional, na dimensão instalações e equipamentos. Os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre as opiniões expressas pelos profissionais, relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, e tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente a sua situação profissional e antiguidade na profissão, mostram que existem no seio dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto à forma como estes percebem os atributos da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos Centros de Saúde em estudo.

Dos resultados observados extrai-se ser o grupo profissional dos enfermeiros a avaliar como sendo de melhor qualidade alguns dos atributos relativos ao espaço físico (factor 1), nomeadamente quanto à existência de gabinetes médicos individuais ($\chi^2 = 6,530$; gl2; $p = 0,038$) e quanto à existência de telefone em todo os gabinetes ($\chi^2 = 7,057$; gl2; $p = 0,029$); à segurança no trabalho (factor 3), nomeadamente quanto à existência do equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios ($\chi^2 = 11,102$; gl2; $p = 0,004$); à higiene e segurança (factor 7), nomeadamente quanto à existência de registos analíticos da água de consumo ($\chi^2 = 11,214$; gl2; $p = 0,004$); à saúde pública (factor 8), designadamente quanto à imunização contra o tétano de todo o pessoal do centro de saúde ($\chi^2 = 16,019$; gl2; $p = 0,000$). Já em relação ao armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes em compartimentos próprios e sua remoção com a periodicidade adequada, são os profissionais administrativos que percebem este atributo como sendo de qualidade ($\chi^2 = 9,778$; gl2; $p = 0,008$).

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Os resultados obtidos da análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos

profissionais sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, mostram não existirem diferenças significativas, não sendo possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados do estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), mostram não existirem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade entre os elementos do sexo masculino e os do sexo feminino, o mesmo sucedendo com a análise comparativa das opiniões expressas pelos dois grupos de profissionais, os que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nestes resultados.

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes as variáveis de caracterização dos profissionais (grupo etário, profissão e antiguidade na profissão), forneceu resultados que mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Sobre os atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência na qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados obtidos mostram que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, na dimensão instalações e equipamentos. Assim, considerando os atributos do bloco factorial espaço físico (factor 1), verifica-se que a análise de 112 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 16,872$; gl4; $p = 0,002$), sendo o atributo mais valorizado existe local próprio para tratamento (média de posições 3,09), seguido do atributo cada médico tem um gabinete individual (média de posições 3,06), o mesmo se verificando em relação ao bloco factorial segurança no trabalho (factor 3), no qual, com base na análise de 102 casos válidos, se constata a existência de um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 80,492$; gl5; $p = 0,000$), sendo o atributo mais valorizado existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios (média de posições 4,14), seguido do atributo todo o equipamento e

instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor (média de posições 4,06).

Em relação ao bloco factorial identificação das instalações (factor 5), com base na análise de 114 casos válidos conclui-se existir um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 14,654$; gl3; $p = 0,000$), sendo o atributo mais valorizado todos os locais estão devidamente sinalizados e identificados (média de posições 2,64), seguido do atributo a localização do centro de saúde está devidamente assinalada no exterior (média de posições 2,59). Relativamente ao bloco factorial comodidade das instalações (factor 6), com base na análise de 110 casos válidos conclui-se existir um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 30,552$; gl3; $p = 0,000$), sendo o atributo mais valorizado o sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes (média de posições 2,91), seguido do atributo existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente (média de posições 2,50).

Os resultados do estudo efectuado, com base nas avaliações de qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, mostram que, de acordo com a sua percepção, nem todos os atributos da qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que apresentam piores atributos.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permitem concluir que as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são as áreas relacionadas com o espaço físico e com os equipamentos existentes. Assim, com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com o espaço físico e uma segunda componente relacionada com a gestão do equipamento.

Síntese final

Foi feito um estudo descritivo, analítico e correlacional sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde em três Centros de Saúde da Região de Saúde do

Centro, com base nas avaliações feitas pelos seus profissionais de saúde, sobre as políticas e práticas seguidas por aquelas unidades na organização e gestão dos serviços de saúde, partindo da hipótese que tais avaliações são susceptíveis de serem influenciadas pelas características pessoais e profissionais dos inquiridos, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.

Com a elaboração deste estudo, dentro deste quadro conceptual, foi possível concluir que não existe um perfil homogêneo de apreciação dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo, estando a heterogeneidade das suas características relacionadas com a diversidade dos factores sócio-organizacionais como a cultura das organizações, o modelo de gestão, o tipo de comunicação, os valores individuais e dos grupos, assim como as competências humanas, relacionais e sociais dos diversos actores, e ainda os interesses individuais que diferem segundo a profissão e a antiguidade na profissão.

Foi ainda possível identificar factores organizacionais e profissionais associados às formas como os profissionais apreciam o desenvolvimento da qualidade organizacional dos serviços de saúde em estudo, assim como analisar as diferenças e as similaridades de percepção quanto às formas de valorização e desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde incluídos no estudo.

Conclui-se do estudo que não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos Centros de Saúde em análise, não exercendo qualquer influência sobre esses processos as possíveis orientações emanadas das autoridades regionais, sendo utilizados no desenvolvimento da qualidade processos diversos que incluem a avaliação do desempenho, a avaliação da satisfação de utentes e profissionais e a formação contínua que, na perspectiva dos profissionais de saúde, não introduziram melhorias significativas na organização dos serviços nem nos resultados da prestação dos cuidados de saúde. Conclui-se ainda que, em algumas áreas organizacionais, a implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade exerceria influência positiva na organização dos serviços e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.

Assim, com a elaboração deste estudo foi possível identificar áreas organizacionais que podem ser classificadas em três grupos distintos, de acordo com os níveis de qualidade organizacional percebidos pelos profissionais de saúde, que a seguir se apresentam:

1- Áreas organizacionais com atributos a necessitarem de melhorias significativas da qualidade

Organização e Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento das actividades - Envolvimento dos profissionais na elaboração do plano, na definição dos objectivos e na gestão - Gestão de recursos humanos
Prestação de Cuidados de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade a cuidados de saúde - Continuidade e integração dos cuidados - Política de prescrição de exames complementares de diagnóstico
Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e monitorização da qualidade - Avaliação da satisfação dos utentes - Avaliação da satisfação dos profissionais - Formação contínua multiprofissional - Incentivos à investigação

2) Áreas organizacionais com atributos da qualidade a melhorar

Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Política favorável à saúde - Desenvolvimento de programas locais
Prestação de Cuidados de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados domiciliários - Comunicação com profissionais e utentes - Linhas de orientação e protocolos - Política de prescrição de fármacos
Instalações Equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas específicas para as diferentes actividades - Saúde higiene e segurança no trabalho

3) Áreas organizacionais com boa qualidade

Direitos do Cidadão	- Direitos do cidadão nos serviços de saúde
Prestação Cuidados Saúde	- Registos clínicos
Instalações Equipamentos	- Equipamento necessário às actividades

Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde

A qualidade em Saúde constitui um dos factores decisivos para o desenvolvimento de todo o sistema de saúde português, tal como o preconizado no documento “Saúde em Portugal – Uma Estratégia para o virar do século” (1998-2002), sendo hoje considerada uma exigência de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados de saúde e assumida como um dos seus atributos essenciais (Rodrigues et al 1998). Desde os finais dos anos 80 que em Portugal se vem assistindo a um claro desenvolvimento na área da qualidade na saúde, mas só nos últimos anos a qualidade foi assumida como uma das orientações estratégicas fundamentais, tendo, no âmbito dessas orientações, sido concebido e definido, ao longo de 1998, o Sistema da Qualidade na Saúde, cuja missão é o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde.

Tem como pretensão ser um quadro de referência para o desenvolvimento sustentado da qualidade em saúde, baseado no compromisso explícito dos líderes e numa participação responsável de todos os actores, sustentado por uma estratégia de acção e a definição de objectivos atingíveis (Rodrigues et al 1998). Posteriormente, foram criados o Conselho Nacional da Qualidade em Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com a publicação da Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril (DR n.º 98). Foram ainda desenvolvidos diversos projectos e programas de melhoria da qualidade de entre os quais se destaca o projecto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr.CS).

A última auto-avaliação voluntária dos Centros de Saúde, utilizando o MoniQuOr, decorreu em 2004, tendo os resultados dessa avaliação sido publicados em Julho de 2005 pelo Instituto da Qualidade em Saúde, relativos aos 186 Centros de Saúde que aderiram ao projecto, de um total de 338 (55%), sendo a adesão por regiões de saúde de 56% na Administração Regional de Saúde do Norte, 42% na Administração Regional de Saúde do Centro, 62% na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 62% na Administração Regional de Saúde do Alentejo e 69% na Administração Regional de Saúde do Algarve (IQS 2005).

A aplicação do MoniQuOr tem por objectivo a avaliação e monitorização da qualidade organizacional, permitindo a identificação de problemas e a análise de soluções relativos ao desempenho dos Centros de Saúde, facilitando a verificação de

variações desse mesmo desempenho e a identificação de áreas prioritárias para a introdução de medidas correctivas no sentido da melhoria da qualidade.

A metodologia utilizada na auto-avaliação 2004 assenta numa avaliação feita por uma Comissão de Avaliação constituída pelo menos por três elementos de diferentes grupos profissionais, que avaliam individualmente o grau de concretização dos 163 critérios que integram as seis dimensões do questionário, sendo o resultado final obtido por consenso (DGS 1998). “Cada critério é avaliado de acordo com uma grelha com quatro valorizações possíveis que vão desde a não realização total à satisfação plena do critério” (IQS 2005: 4).

Uma análise sumária dos resultados obtidos na auto-avaliação MoniQuOr 2004 permite constatar que os 186 Centros de Saúde participantes conseguem graus diversos de realização dos critérios, nas diferentes dimensões em análise: Organização e Gestão 59%; Direitos do Cidadão 77%; Promoção da Saúde 69%; Prestação de Cuidados de Saúde 66%; Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade 38%; Instalações e Equipamentos 73% (IQS 2005).

Não sendo possível fazer uma avaliação comparativa entre os resultados obtidos pela auto-avaliação 2004 e os resultados obtidos no estudo da percepção da qualidade organizacional de três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, por mim elaborado, pode contudo dizer-se que os valores obtidos pela metodologia utilizada na elaboração deste segundo estudo não diferem substancialmente dos valores obtidos com a metodologia utilizada pelas Comissões de Avaliação MoniQuOr 2004, o que permite deduzir que os profissionais de saúde destas três unidades de saúde detêm um conhecimento aprofundado do grau de concretização dos atributos da qualidade organizacional que lhes foram presentes, nos Centros de Saúde a que pertencem. Por outras palavras, os profissionais de saúde conhecem a realidade do “seu” Centro de Saúde no que respeita à qualidade organizacional dos serviços de saúde nas diferentes áreas em análise.

Tomando como exemplo as áreas identificadas pela auto-avaliação 2004 com resultados francamente positivos pode mesmo dizer-se que existe uma grande similaridade.

Assim, começando por identificar as áreas organizacionais onde os resultados da auto-avaliação MoniQuOr 2004 foram francamente positivos surgem, na dimensão Direitos do Cidadão, as questões relativas à garantia dos direitos do cidadão, onde os critérios mais conseguidos por um maior número de centros de saúde estão relacionados com a existência de mecanismos de tratamento das queixas e sugestões, com 162 dos 186 centros de saúde avaliados a considerarem-no totalmente realizado, assim como a existência de livro de reclamações, com apenas uma unidade de saúde a denunciar a sua ausência. No que respeita ao tempo de demora para dar resposta a todas as reclamações no prazo de um mês, 181 dos 186 centros de saúde avaliados não excedeu um mês.

Quanto aos critérios relativos ao atendimento dos doentes com dignidade e privacidade, os resultados apresentados pela auto-avaliação MoniQuOr 2004 indicam que, relativamente à livre escolha pelo utente do seu médico de família, este critério é cumprido em 143 das 186 unidades de saúde. Quanto à possibilidade do utente mudar de médico esta é uma realidade em 164. No que respeita aos critérios relativos ao consentimento informado, estes são cumpridos pela maioria dos centros de saúde. Da análise dos resultados da auto-avaliação 2004 percebe-se claramente que os critérios que atingem valores mais elevados de concretização são os relativos aos direitos dos cidadãos (IQS 2005), com o perfil nacional a situar-se nos 77%.

Idêntica conclusão se tinha extraído dos resultados das opiniões expressas pelos profissionais de saúde, no segundo estudo, em que a expressiva maioria afirmou o cumprimento destes critérios nas três unidades de saúde em análise.

Na dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, cujo perfil nacional se situa nos 66%, surge a área organizacional dos registos clínicos como aquela a que os centros de saúde atribuem grande relevância na auto-avaliação 2004, variando a percentagem dos centros de saúde que cumprem integralmente os critérios referentes à confidencialidade, acessibilidade, privacidade e segurança, assim como os relativos à organização e qualidade dos registos clínicos de 89% a 97%, com excepção do atributo relativo à avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos, com 81% dos centros de saúde a infirmarem o cumprimento deste critério de qualidade.

Idêntica conclusão havia sido retirada dos resultados fornecidos pelo segundo estudo, no qual a expressiva maioria dos profissionais de saúde confirmou o cabal

cumprimento dos atributos de qualidade organizacional relativos aos registos clínicos, exceptuando o relacionado com a avaliação e monitorização da qualidade.

Quanto às restantes áreas organizacionais, os graus de concretização dos atributos de qualidade organizacional apresentam valores diversos, sendo os mais significativos os que se referem à acessibilidade a cuidados de saúde, sobretudo no que respeita ao atendimento de situações agudas no próprio dia, com 97% das unidades de saúde a cumprirem este critério e 80% a disponibilizarem a obtenção de conselho médico ou de enfermagem por telefone, assim como um sistema efectivo de renovação das prescrições médicas. Relativamente à existência de indicações claras para funcionários e utentes quanto ao atendimento no próprio dia em situações de urgência, 176 dos 186 centros de saúde cumprem este critério. O mesmo se verificando quanto à possibilidade de marcação de consulta pelo telefone, com 98% dos centros de saúde a cumprirem este critério.

Quanto aos cuidados domiciliários, na auto-avaliação MoniQuOr 2004 os resultados são francamente positivos no que respeita à obtenção de cuidados médicos e de enfermagem num prazo razoável, que é uma realidade em 95% dos centros de saúde, o mesmo se verificando quanto à existência de transportes disponíveis, com 86% das unidades de saúde a cumprirem este critério, e quanto a existência de “malas” com material médico e de enfermagem para a prestação de cuidados domiciliários, com 94% dos centros de saúde a verem este critério totalmente realizado.

No que respeita à continuidade e integração de cuidados, os resultados da auto-avaliação MoniQuOr 2004 mostram que, em 76% dos centros de saúde, é do conhecimento dos profissionais e utentes o substituto do profissional ausente por motivo de férias, doença, formação ou outro, o mesmo se verificando quanto à definição dos serviços mínimos a assegurar em caso de substituição, que acontece em 85% das unidades de saúde.

Em relação à comunicação com profissionais e utentes, sobretudo no que se refere ao conhecimento atempado pelos profissionais das datas das reuniões de serviço e das respectivas ordens de trabalhos, em 78% dos centros de saúde é uma realidade, não se verificando de todo em 18 unidades.

Quanto à existência de um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais, em 74% dos centros de saúde esse sistema existe, o

mesmo sucedendo com a informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços.

Todos estes atributos obtiveram o consenso da maioria dos profissionais de saúde no segundo estudo que os consideraram como sendo totalmente realizados nos três centros de saúde em análise.

Quanto à dimensão instalações e equipamentos, cujo perfil nacional se situa nos 73%, os resultados da auto-avaliação MoniQuOr 2004 mostram que, em relação à identificação das instalações, serviços e profissionais, 90% dos centros de saúde estão sinalizados no exterior, existindo em idêntica percentagem sinalização adequada no interior e boa identificação dos locais de trabalho, e em 95% os horários de atendimento ao público estão afixados em local visível.

No que respeita à acessibilidade às instalações, os critérios totalmente realizados por uma percentagem elevada de centros de saúde referem-se à facilidade de acesso a pessoas deficientes (72%).

Em relação às áreas específicas para as diferentes actividades, os resultados mais positivos provêm da avaliação feita à existência de gabinetes individuais para os médicos, com 79% dos centros de saúde a confirmarem a sua existência, o mesmo sucedendo com a avaliação da existência de locais próprios para tratamentos, com 96% dos centros de saúde a confirmarem a sua existência, verificando-se idêntico resultado para a existência de sala de reuniões.

Relativamente ao equipamento informático, a totalidade dos centros de saúde (186) confirmou a sua existência.

Quanto aos sistemas de comunicação existentes nos centros de saúde auto-avaliados, verifica-se que em 98% das unidades de saúde existe fax, em 96% existe telefone em todos os gabinetes e em 72% existe um sistema telefónico com capacidade para responder às necessidades de profissionais e utentes, atributos estes que também foram considerados totalmente realizados pela maioria dos profissionais de saúde nos três centros de saúde em análise no segundo estudo.

Tomando agora como exemplo as áreas identificadas pela auto-avaliação 2004 com resultados menos positivos, verifica-se que continua a haver uma aproximação

considerável dos resultados fornecidos pelo segundo estudo, por mim realizado, com aqueles valores.

Assim, na dimensão Organização e Gestão, cujo perfil nacional aponta para uma realização de 59% na auto-avaliação 2004, 23 dos 186 centros de saúde avaliados denunciaram a não existência de diagnóstico de situação actualizado, em 30 não há qualquer envolvimento dos diferentes grupos profissionais na elaboração do plano de actividades e na definição dos objectivos, em 23 as opiniões dos profissionais não são ouvidas nem levadas em consideração e em 40 regista-se “o esboço de alguma concretização” (...) “mas pouco”(IQS 2005: 9).

Relativamente à gestão de recursos humanos, a auto-avaliação 2004 registou que apenas 3,7% dos 186 centros de saúde avaliados tinham os seus quadros completamente preenchidos e apenas 10% afirmaram possuir os efectivos necessários ao desenvolvimento de todas as actividades previstas no plano de actividades.

A avaliação dos critérios relativos à gestão do tempo, na dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, revelou que em 44% dos centros de saúde auto-avaliados não existe monitorização da demora na marcação de consulta, o mesmo sucedendo em relação à explicitação do tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta e à monitorização do tempo de espera para a consulta, critérios que não são cumpridos em mais de uma centena de centros de saúde.

Quanto à avaliação dos critérios relativos à política de prescrição de elementos complementares de diagnóstico (ECD), na dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, revelou que em 29% dos centros de saúde auto-avaliados não existem orientações actualizadas para pedido de ECD e 30% não obtiveram nota positiva; em 37% das unidades não é fornecido ao médico o seu perfil de prescrição de ECD e em 25% foi considerado insuficiente; em 57% dos centros de saúde não é analisado o perfil de prescrição de ECD do centro de saúde e em 63% das unidades de saúde não é feita a monitorização dos ECD anormais.

Contudo, apesar destes resultados, as áreas organizacionais da dimensão Educação Continua e Desenvolvimento da Qualidade são as que piores resultados alcançam na auto-avaliação MoniQuOr 2004, com um perfil de realização a nível nacional a rondar os 38%. Em 48% dos serviços avaliados não existem actividades programadas de garantia de qualidade e em 28% são insuficientes, em 71% dos casos não existem programas de garantia de qualidade, que incluem a avaliação do desempenho, e em 77% não existem relatórios das conclusões e acções a serem tomadas.

Relativamente à avaliação da satisfação dos utentes, em 45% dos serviços não é feita e em 56% das unidades avaliadas não existem relatórios das conclusões e acções a serem tomadas.

Quanto à abordagem da insatisfação dos profissionais, esta não é realizada em 80% das unidades avaliadas e em 88% não existem relatórios das conclusões sobre a insatisfação e as acções a serem tomadas.

No que respeita aos incentivos dados à investigação científica, estes apresentam os piores resultados. Em 68% das unidades avaliadas não existe qualquer incentivo à investigação, em 60% não foi publicado nenhum artigo científico e em 62% não há qualquer projecto de investigação em curso.

Reportando estes valores aos resultados obtidos pelo estudo sobre a qualidade organizacional em três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, por mim conduzido, verifica-se que as áreas identificadas, e que apresentam os piores resultados, coincidem com as áreas acima identificadas, podendo dizer-se que as avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde das três unidades analisadas se podem inscrever, sem grandes desvios, na avaliação global feita pelas Comissões de Auto-Avaliação, no âmbito do projecto nacional conduzido pelo Instituto da Qualidade em Saúde, “MoniQuOr 2004”, idêntica conclusão se podendo extrair relativamente às áreas organizacionais que apresentam os melhores resultados a nível nacional.

4 Conclusões

Ao longo deste trabalho procurei de forma organizada, metódica e sequencial elaborar um estudo sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde. Assim, a qualidade organizacional assume-se neste estudo como a problemática da pesquisa e a sua análise transformou-se num dos objectivos fundamentais. Porém, dado tratar-se de um campo de análise vasto e muito complexo houve a necessidade de delimitar o tema, construindo as seguintes perguntas de partida como guias orientadores da própria investigação: (1) Qual é o perfil da qualidade organizacional dos serviços nos Centros de Saúde em estudo, na perspectiva dos seus profissionais de saúde?; (2) Quais são as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam melhores atributos de qualidade?; (3) E quais são as que na perspectiva dos profissionais apresentam os piores indicadores de qualidade?; (4) Quais os processos utilizados para o desenvolvimento da qualidade nos Centros de Saúde?; (5) Será que na perspectiva dos profissionais de saúde o desenvolvimento da qualidade organizacional nos Centros de saúde trouxe melhorias significativas para a organização e para os resultados da prestação dos cuidados de saúde?

Para responder a estas questões houve a necessidade de definir objectivos gerais e secundários, cuja consecução conduzisse a resultados válidos. Assim, foram definidos como objectivos gerais (1) aprofundar o conhecimento sobre a qualidade organizacional nos Centros de Saúde, (2) caracterizar o perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo com base na perspectiva dos seus profissionais de saúde, (3) contribuir para o delineamento e a implementação de políticas e estratégias para a melhoria da qualidade nos Centros de Saúde, e como objectivos secundários (1) analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos Centros de saúde em estudo, (2) identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo, (3) analisar as diferenças e as similaridades de percepção quanto às formas de valorização e desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos Centros de saúde em estudo. Para esse efeito, foram formuladas hipóteses de investigação, procedendo-se posteriormente às observações exigidas para verificação dos resultados observados e sua correspondência aos resultados esperados pelas hipóteses:

Hipótese 1 – Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo;

Hipótese 2 – Não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos Centros de Saúde, apesar de se poder esperar a predominância das políticas e práticas derivadas das orientações hierárquicas ou verticais, nomeadamente oriundas da Região de Saúde do Centro.

Hipótese 3 – É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças na percepção dos atributos da qualidade organizacional dos serviços dos Centros e Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.

Hipótese 4 – É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.

Para obter a informação essencial para responder às perguntas de partida foi elaborado um estudo descritivo, analítico e correlacional relacionado com as políticas e práticas organizacionais, tendo por base os valores da qualidade organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde dos três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, incluídos no estudo.

A necessidade de analisar e monitorizar as práticas e as políticas organizacionais seguidas pelos Centros de Saúde levou o Ministério da Saúde a desenvolver e implementar em 1997 um projecto de monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, por considerar que a qualidade organizacional é o determinante principal na qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

Para a elaboração do estudo foi necessário dispor de procedimentos empíricos, tendo sido utilizado o inquérito por questionário como elemento de recolha de dados, destinado às pessoas inquiridas que, ao lê-lo, o preencheram de acordo com o seu grau de concordância ou opinião suscitadas pelo conteúdo das questões. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário MoniQuOr.CS – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde, propriedade do Ministério da

Saúde-Direcção Geral de Saúde – Instituto da Qualidade em Saúde, a quem foi pedida a devida autorização para a sua utilização. Este instrumento de recolha de dados é composto por seis dimensões, Organização e Gestão, Direitos dos Cidadãos, Promoção da Saúde, Prestação de Cuidados de Saúde, Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade e Instalações e Equipamentos, e integra 163 atributos relacionados com a qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

A unidade de análise deste estudo é constituída por 115 dos 155 profissionais de saúde (48 médicos, 54 enfermeiros e 56 administrativos) que desempenhavam funções nos três Centros de Saúde em estudo no período de tempo em que decorreu a recolha de dados (15 de Maio a 15 de Julho de 2005) e cujas listas foram cedidas pelas instituições onde trabalham.

A aplicação do questionário foi precedida da realização de um pré-teste, envolvendo uma amostra por conveniência, constituída por 9 profissionais de saúde, extraída da população envolvida no estudo (2 Médicos, 3 Enfermeiros e 4 Administrativos), representando 6% da população. Cada inquirido respondeu a um questionário com 163 itens, do tipo escala de *Likert*, com quatro opções de resposta mutuamente exclusivas, variando de 1 (Não Realizado) a 4 (Totalmente Realizado) e que constituem as variáveis atributo da qualidade organizacional, variáveis dependentes, e a sete questões sobre os dados sociodemográficos dos inquiridos (idade, sexo, estado civil, profissão, antiguidade na profissão, vínculo à instituição e local de trabalho), que constituem as variáveis de caracterização da população em estudo, variáveis independentes.

A fiabilidade interna da Escala foi posteriormente estimada para cada dimensão, por meio do cálculo do coeficiente de *Alpha-Cronbach*, tendo-se obtido valores de 0,931 na dimensão Organização e Gestão, 0,735 na dimensão Direitos do Cidadão, 0,653 na dimensão Promoção da Saúde, 0,862 na dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, 0,915 na dimensão Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade e 0,917 na dimensão Instalações e Equipamentos. Perante tais valores a escala foi considerada adequada para medir a qualidade organizacional dos três Centros de saúde em estudo, tendo apenas sido introduzidas pequenas alterações de modo a adequá-lo à população e aos interesses da investigação.

Na distribuição dos questionários foi privilegiado o contacto individual que permitiu criar uma oportunidade de diálogo com os inquiridos, conhecer de perto os diversos locais de trabalho, as instalações e as dinâmicas utilizadas pelos diferentes grupos profissionais no desempenho das tarefas do dia-a-dia, assim como apresentar as razões de ser do meu trabalho.

A recolha dos questionários foi feita anonimamente, em subscritos, e decorreu de 15 de Maio a 15 de Julho de 2005. Dos 155 questionários distribuídos foram recolhidos 118, dos quais 3 (1,9% do total) foram considerados inválidos por não estarem correctamente preenchidos e 115 foram considerados válidos, correspondendo a 74,2% da totalidade da população inquirida, sendo este o número de indivíduos que fazem parte do estudo.

Com os dados recolhidos foi construída uma matriz de dados no SPSS-Win, versão 12.00, e criado um dicionário de códigos para as variáveis em estudo.

Após a construção da matriz final dos dados foi estimada a consistência interna da escala a fim de verificar se as suas qualidades se haviam mantido, tendo-se verificado que os valores de *Alpha-Cronbach* se mantêm elevados em todas as dimensões: 0,912 na dimensão Organização e Gestão, 0,838 na dimensão Direitos do Cidadão, 0,872 na dimensão Promoção da Saúde, 0,941 na dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, 0,943 na dimensão Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade e 0,932 na dimensão Instalações e Equipamentos, indicando tratar-se de uma escala fiável para medir a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde dos três Centros de Saúde em análise. Todas as dimensões da escala apresentam uma correlação item total superior a 0,270, excepto a dimensão Direitos do Cidadão que apresenta um item com uma correlação item total muito fraca (0,038), pelo que foi eliminado do estudo, por se considerar que em nada contribuía para a fiabilidade da escala.

A considerável quantidade de dados recolhidos, assim como o número e abrangência das variáveis (dependentes e independentes), sua categorização e quantificação, levaram-me a optar pelo Modelo Quantitativo para a sua análise, por considerar ser aquele que melhor se adapta a um estudo desta natureza.

As variáveis dependentes neste estudo são medidas numa escala ordinal categórica, pelo que os métodos de análise escolhidos levaram em conta a sua natureza

ordinal. Deste modo, para explicar o comportamento das variáveis, tendo em conta as perguntas de investigação, os objectivos do estudo, as hipóteses formuladas e os aspectos conceptuais teóricos abordados, o protocolo de análise dos dados utilizado incluiu a análise univariada dos dados, com recurso à descrição estatística da distribuição de frequências e sua representação tabular para todas as variáveis (dependentes e independentes), das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e da medida de dispersão (desvio padrão), ao tratamento estatístico ao nível da análise multivariada, com aplicação da análise de componentes principais a cada uma das dimensões da escala com o propósito de definir a estrutura subjacente na matriz dos dados relativos aos valores da qualidade organizacional percebida pelos respondentes por meio da análise da estrutura das inter-relações (correlações) entre as variáveis da escala de avaliação da qualidade organizacional, com o objectivo de definir um conjunto de componentes ou factores a partir da agregação das variáveis manifestas e determinar o grau em que cada variável é explicada por cada factor, permitindo assim o resumo das variáveis iniciais em variáveis latentes e a redução dos dados por meio do cálculo de *scores* de cada conjunto factorial, com substituição das variáveis originais pelos mesmos em algumas aplicações. A análise de componentes principais foi utilizada para identificar as componentes ou factores da qualidade organizacional usados pelos respondentes para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos Centros de Saúde.

A aplicação da análise de componentes principais a cada dimensão da escala de percepção da qualidade iniciou-se com a criação da matriz de correlações (R de *Pearson*) das variáveis dentro de cada dimensão analítica.

A aplicação da análise de componentes principais à matriz de correlações resultou no agrupamento de variáveis, representando cada grupo um conjunto de variáveis altamente inter-relacionadas que pode reflectir uma dimensão avaliativa mais geral da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Para verificar a adequação da matriz de correlações à análise de componentes principais recorreu-se ao valor da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($> 70\%$) e ao valor da estatística do teste de *Bartlett* ($p < 0,05$). A retenção dos factores foi feita segundo o critério de *Kaiser*, tendo sido retidos todos os factores com valor próprio maior que um. Quanto à rotação dos factores para a máxima saturação das variâncias seguiu-se o

critério de *Varimax* (rotação ortogonal dos factores), procurando obter-se um conjunto de factores que tivesse a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor.

Para o estudo comparativo das opiniões expressas pelos respondentes sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde, considerando as variáveis agregadas nos blocos factoriais, e tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente a sua situação profissional e a antiguidade na profissão, optou-se pelo teste de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%.

A fim de se poder elaborar o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização dos respondentes, houve a necessidade de proceder à reconstrução e recodificação dos factores interpretados, tendo-se procedido ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis sexo e local de trabalho, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças de percepção entre os grupos, ao nível de significância de 5%. Para o estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade, segundo as variáveis de caracterização grupo etário, profissão e antiguidade na profissão optou-se pelo teste de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças de percepção, ao nível de significância de 5%.

Para analisar quais os factores que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde procedeu-se ao cálculo do teste de *Friedman*, assumindo como hipótese nula a não existência de qualquer hierarquia de ordem dos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%.

A população incluída no estudo é constituída por 115 dos 155 profissionais que desempenhavam funções nos três Centros de Saúde em estudo no período de tempo em que decorreu a recolha dos dados.

De acordo com as informações fornecidas pela análise das características do perfil da população conclui-se tratar-se de uma população em que a maioria dos indivíduos possui idade superior a 45 anos (60,9%), sendo a idade média dos inquiridos de 45,62 anos e detendo 50% da população até 48 anos de idade.

A maioria dos profissionais são do sexo feminino (73,9%), revelando a tendência de que as profissões de saúde são tradicionalmente desempenhadas por profissionais do sexo feminino, sobretudo a profissão de enfermagem. Na população prevalece o estado civil de casado/união de facto (80%). Conclui-se ainda que a proporção de profissionais é equivalente nas três profissões (32,2% médicos; 33% enfermeiros e 34,8% administrativos), detendo a maioria (60%) uma experiência profissional igual ou superior a 20 anos, que lhe advém da antiguidade na profissão. A maior percentagem dos profissionais (93%) mantém com a instituição onde trabalham uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar do quadro, e estão proporcionalmente distribuídos pelos Centros de Saúde (55%) e pelas Extensões de Saúde (44,3%).

O estudo da percepção da qualidade organizacional dos centros de saúde foi feito com base na análise das opiniões expressas pelos respondentes às variáveis dentro de cada dimensão analítica a que pertencem e de acordo com a sua inclusão na escala de percepção da qualidade.

Assim, quanto à dimensão Organização e Gestão, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais conclui-se que os profissionais consideram os aspectos relativos ao planeamento das actividades uma área a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando todos os atributos baixos valores médios, variando de 2,66, na questão relativa à actualização do diagnóstico de situação, a 2,90, no aspecto organizacional relacionado com a existência do plano de actividades do presente ano, o mesmo sucedendo em relação aos aspectos da organização relativos ao envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão do centro de saúde, onde a média de valores é de 2,43 para a percepção que os profissionais detêm sobre se as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração e 2,54 relativa ao conhecimento que os profissionais detêm dos principais objectivos do plano de actividades.

Este é um aspecto da maior importância para a qualidade dos serviços de saúde. O conceito que tem sido desenvolvido sobre a qualidade reconhece que é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde que haja uma ampla participação de

todos os intervenientes no processo de gestão da organização. Para tal é determinante que a burocracia seja reduzida ao mínimo, de forma a que o maior esforço organizacional seja colocado na procura contínua da satisfação das necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos.

Esta é uma área organizacional em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias significativas, por ser uma área vital para o bom funcionamento dos Centros de Saúde, para o desenvolvimento das diversas actividades profissionais e para a melhoria da prestação de cuidados de saúde à população, porquanto envolve aspectos relacionados com o diagnóstico da situação, o planeamento das actividades e a definição das estratégias a seguir para a prossecução dos objectivos da organização.

Os resultados das opiniões expressas sugerem também a existência de atributos da organização e gestão que os profissionais consideram como sendo de qualidade. Com base nos valores médios conclui-se que os aspectos mais valorizados são os relativos à organização do trabalho, onde os valores médios variam de 3,75, na questão relativa à organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares, a 3,42, no aspecto relacionado com o grau de consciência que cada profissional detém sobre o seu papel e funções.

Na opinião dos profissionais também os aspectos relativos ao estímulo dado ao desenvolvimento de relações informais entre os profissionais foi bastante valorizado (média 3,52) assim como a existência de espaços próprios para convívio (média 3,16), sendo os aspectos organizacionais menos valorizados pelos profissionais os relativos à gestão de recurso humanos.

Com base na avaliação feita pelos profissionais sobre a qualidade organizacional dos Centros de Saúde conclui-se que há necessidade da implementação e desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade na área de organização e gestão, sendo uma prioridade a levar em conta para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, dada a relação existente entre qualidade dos cuidados e a forma como estão organizados e são geridos os serviços de saúde, demonstrada por estudos empíricos feitos nesta área, que utilizam o grau de satisfação de utentes e profissionais como indicadores de qualidade, na medida em que uma melhoria da qualidade organizacional pode ser indutora de uma maior motivação para o desempenho individual, do grupo e da

organização, com reflexos positivos na qualidade dos cuidados de saúde prestados e na satisfação de profissionais e utentes.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Com base nos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas pelos respondentes, na dimensão organização e gestão, conclui-se a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional, que se caracteriza por uma certa centralização do exercício do poder e da tomada de decisão na gestão de topo, que influencia de modo negativo a avaliação da qualidade feita pelos profissionais, apesar de ser perceptível a existência de alguma abertura a novas formas de organização, nomeadamente no que se refere à delegação da tomada de decisão a nível de decisores intermédios, à valorização das necessidades da população para a elaboração do plano de actividades e à inclusão no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade, equidade e continuidade de cuidados que os profissionais também valorizam, assim como à autonomia do exercício profissional e ao desenvolvimento de relações informais, que na perspectiva dos profissionais contribuem decisivamente para a melhoria da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão organização e gestão, conduzem a conclusões semelhantes. Os cinco factores principais extraídos, que explicam 69,925% da variância total dos dados iniciais e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor aprendizagem organizacional (OGE1), com média de *scores* de 21,7429 (variância total explicada 27,279%), e o segundo pelo factor organização do trabalho (OGE2), com valor médio de *scores* de 20,6972 (variância total explicada 16,037%), seguido do factor responsabilidade profissional (OGE3), com média de *scores* de 11,7477 (variância total explicada 12,124%), estando as médias mais baixas do conjunto factorial de cinco componentes principais situados ao nível das relações pessoais

(OGE4), com valor médio de *scores* de 6,9115 (variância total explicada 7,431%), e da gestão dos recursos humanos (OGE5), com valor médio de *scores* de 4,3738 (variância total explicada 7,054%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos cinco factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos à organização e gestão dos centros de saúde, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos à organização do trabalho e por fim os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos às relações informais e à gestão dos recursos humanos.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão organização e gestão são a favor da confirmação da previamente formulada **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **segundo objectivo** definido para o estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados na dimensão organização e gestão, em associação com os resultados da análise factorial, constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, acerca das opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão organização e gestão, e tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, pode concluir-se que existem no seio dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto a forma como os profissionais percebem os atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Dos resultados observados extrai-se que o grupo profissional dos médicos avalia como sendo de qualidade os aspectos relacionados com o desenvolvimento organizacional (factor 1), nomeadamente no que se refere à elaboração do plano de actividades com base nas necessidades da população e à definição de objectivos quantificáveis a curto e a médio prazo ($\chi^2 = 9,068$; gl2; $p = 0,011$), assim como à existência de plano de actividades do presente ano ($\chi^2 = 7,638$; gl2; $p = 0,022$), enquanto os enfermeiros avaliam como tendo mais qualidade os aspectos relativos à autonomia profissional (factor 2), sobretudo no que respeita à descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa ($\chi^2 = 7,269$; gl2; $p = 0,026$) e quanto à organização do Centro de Saúde em equipas multidisciplinares ($\chi^2 = 6,203$; gl2; $p = 0,045$).

Pela avaliação feita pelos profissionais de saúde pode concluir-se que o grupo profissional de enfermagem valoriza os aspectos organizacionais que lhe permita uma maior autonomia profissional, assim como o desenvolvimento da capacidade do grupo profissional para garantir o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta e sobre a legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade, enquanto o grupo profissional dos médicos valoriza os aspectos relativos à organização e gestão dos centros de saúde, sendo de admitir que à valorização atribuída aos critérios da qualidade por este grupo profissional esteja subjacente o interesse pelo conhecimento de novas estruturas organizacionais emergentes que lhe permita a continuidade do exercício da autoridade, enquanto suporte das estratégias médicas, face às mudanças introduzidas nos sistemas organizacionais pelo crescente desenvolvimento humano e inovação tecnológica.

Também os resultados obtidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais, quanto à qualidade organizacional dos Centros de Saúde, permitem concluir que existem diferenças significativas, nomeadamente no que respeita à existência de formação contínua em exercício, sendo os profissionais com menos anos de experiência profissional quem mais qualidade reconhece a este atributo ($\chi^2 = 10,704$; gl3; $p = 0,013$) (factor 3). Assumindo-se a formação contínua em exercício como uma forma de desenvolvimento de competências, que os profissionais experimentam em contexto de trabalho, é provável que existia uma maior apetência dos elementos mais

jovens na profissão para atribuírem a este aspecto da qualidade organizacional maior valor qualitativo, podendo em alguns casos a formação ser utilizada como uma estratégia para atingirem certos objectivos relativos ao desenvolvimento pessoal: ascensão/progressão na carreira, ocupação de lugares de representação em caso de ausência dos líderes ou obtenção de especializações em áreas chave da prestação de cuidados de saúde.

Os resultados obtidos permitem concluir que tanto a profissão como a antiguidade na profissão exercem influência sobre o modo como os profissionais percebem a qualidade organizacional dos centros de saúde, por outras palavras, a trajectória pessoal e profissional são factores de influência na avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde. Face a experiências vividas, os mais antigos na profissão podem ser mais propensos aos processos de demissão das funções ou dos cargos, enquanto os mais jovens, pela ausência de experiências vivenciadas, terão maior disponibilidade para a assunção de riscos e incertezas.

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **terceiro objectivo** definido para este estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto à forma de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo.**

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão organização e gestão, tendo como factores de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), foi feito com recurso ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%. Os resultados obtidos permitem concluir a não existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que

trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que não foi possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nos resultados fornecidos pelo estudo.

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes as variáveis de caracterização dos profissionais (grupo etário, profissão e antiguidade na profissão), realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, forneceu resultados que permitem concluir a não existência de diferenças estatisticamente significativas, pelo que também não foi possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nos resultados do estudo.

Conclui-se assim que tanto a idade, como a profissão, como a antiguidade na profissão não são elementos de influência na percepção dos factores de qualidade, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, sendo os atributos mais valorizados os agregados no bloco factorial desenvolvimento organizacional (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 102 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 37,815$; gl7; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula de não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os aspectos mais valorizados os relativos à existência de plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00), à

existência de relatório de actividades do ano transacto (média de posições 4,98) e à inclusão no plano de actividades de critérios relativos à acessibilidade, à equidade e à continuidade de cuidados (média de posições 4,90), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade da organização e gestão é a existência do plano de actividades do presente ano (média de posições 5,00). A valorização atribuída pelos profissionais a este atributo da qualidade organizacional reflecte a importância que o planeamento das actividades têm na qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, sendo uma das áreas a ter em conta aquando da introdução de melhorias na qualidade organizacional nos Centros de Saúde.

Também em relação aos atributos da qualidade agregados no factor 2 (organização do trabalho) se conclui pela existência de diferenças de valorização atribuída pelos profissionais de saúde. A análise de 109 casos válidos revelou um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 142,532$; gl5; $p = 0,000$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo, neste caso, os aspectos que os inquiridos consideraram exercer maior influência na qualidade organizacional a organização do centro de saúde em equipas multidisciplinares (média de posições 4,12), a existência de descrição de funções da equipa e de cada profissional dentro da equipa (média de posições 3,87) e a consciência que os membros da equipa têm do seu papel e funções (média de posições 3,86), sendo os atributos de qualidade que os inquiridos consideraram com menor influência na qualidade organizacional os relacionados com as relações extra-laborais e com a gestão de recurso humanos.

Síntese

Os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, permitem concluir que segundo a percepção destes profissionais nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman*

permite concluir que, na dimensão organização e gestão, as áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são as áreas da organização do trabalho e das relações extra-laborais, sendo as áreas que os profissionais consideram que apresentam os piores atributos da qualidade a área relacionada com o planeamento das actividades e com o envolvimento dos profissionais na gestão dos centros de saúde, assim como a área relacionada com a gestão dos recursos humanos.

Assim, com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde se encontra definido por uma forte componente relacionada com a organização e gestão dos centros de saúde, que influencia negativamente a qualidade organizacional, e uma segunda componente relacionada com a organização do trabalho, que influencia positivamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Na dimensão Direitos do Cidadão, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais, conclui-se que estes consideram os atributos relativos à garantia dos direitos do cidadão, no seio das organizações de saúde onde trabalham, como sendo de qualidade, apresentando todos os atributos elevados valores médios, variando de 3,00, na questão relativa à afixação no centro de saúde dos direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde, a 3,88, no aspecto organizacional relacionado com a existência de livro de reclamações disponível e acessível, o mesmo sucedendo em relação aos aspectos da organização relativos ao atendimento dos utentes com dignidade e privacidade, onde os valores médios das opiniões expressas pelos respondentes variam de 3,22, no atributo relativo ao consentimento dado pelo doente para participar, ou não, no ensino médico, a 3,74, na questão relativa ao respeito pela natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais.

O respeito pelos direitos do cidadão nas unidades de saúde foi abordado na componente teórica como um elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O cidadão e a sociedade são a razão de ser dos sistemas de saúde. Levar o cidadão a ter uma atitude mais participativa e de maior responsabilização pela sua saúde pressupõe a sua participação no desenvolvimento dos serviços de saúde, a qual se constitui como um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde. O apoio e incentivo a essa participação passa pela

existência nos centros de saúde de estruturas que permitam ao utente manifestar o seu agrado ou desagrado pelos serviços que lhe foram prestados e receber informação de retorno sobre os assuntos expostos. Este “empowerment” do cidadão passa ainda pela possibilidade de livre escolha, quer no que toca ao médico com o qual se vai agenciar, quer no que respeita à aceitação ou recusa, livre e informada, de todo e qualquer acto terapêutico, da participação nas investigações e no ensino médico. Esta é uma das áreas organizacionais que, de acordo com as opiniões expressas os profissionais, apresenta os melhores atributos de qualidade, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde dos centros de saúde em estudo.

Com base nos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas pelos respondentes conclui-se existir nos centros de saúde em estudo uma configuração organizacional, na dimensão direitos do cidadão, que se caracteriza pela defesa e garantia dos direitos do cidadão no interior da organização, pelo respeito pela liberdade de escolha do utente e pela resolução dos conflitos entre os utentes e a instituição, que influenciam de modo positivo a qualidade organizacional dos centros de saúde.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão direitos do cidadão, conduzem a conclusões semelhantes. Os três factores principais extraídos, que explicam 66,937% da variância total dos dados iniciais, sendo o mais importante representado pelo factor direitos de cidadania (DCI1), com média de *scores* de 21,7383 (variância total explicada 31,843%), seguido do factor liberdade de escolha (DCI2), com média de *scores* 6,9381 (variância total explicada 18,068%), e do factor negociação/gestão de conflitos (DCI3), com valor médio de *scores* 12,8019 (variância total explicada 17,026%), confirmam a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos três factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à salvaguarda dos direitos do cidadão, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à garantia da liberdade de escolha do utente e por fim os valores

organizacionais relacionados com os valores da qualidade relativos à gestão de conflitos.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão direitos do cidadão são a favor da confirmação da **Hipótese1** previamente formulada: **Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **segundo objectivo** definido para este estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados, na dimensão direitos do cidadão, em associação com os resultados da análise factorial constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional do centros de saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre as opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão direitos do cidadão, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente a profissão e a antiguidade na profissão, pode concluir-se que existe no seio dos profissionais de saúde um consenso alargado quanto à política seguida pelos centros de saúde no que concerne à garantia dos direitos do cidadão no interior das organizações de saúde, concluindo-se existir uma abertura das instituições a novas formas de organização nas quais o utente é percebido como um cidadão de plenos direitos, com poder de influência na tomada de decisão sobre os aspectos relativos ao seu estado de saúde/doença. A centralidade no utente enfatiza a necessidade deste ser considerado um parceiro insubstituível na organização e gestão dos serviços de saúde, sendo hoje um dos aspectos mais relevantes de qualquer sistema de gestão da qualidade. Os resultados obtidos estão em harmonia com os conceitos teóricos abordados neste estudo sobre os direitos do cidadão nos serviços de saúde. Uma cidadania iluminada

manifesta-se através de escolhas informadas. Mas denunciar de forma construtiva erros na prestação de cuidados de saúde, colaborar na melhoria da prestação dos cuidados de saúde e na reforma de políticas de saúde, são também comportamentos de cidadania.

Os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* mostram que as opiniões expressas pelos profissionais de saúde só apresentam diferenças estatisticamente significativas na questão relacionada com a existência de livro de reclamações disponível e acessível ($\chi^2 = 6,610$; gl₂; p = 0,037), concluindo-se, pela observação dos resultados, serem os enfermeiros quem considera este aspecto com mais qualidade.

Da leitura dos resultados relativos à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, a partir das respostas expressas pelos profissionais com base na antiguidade na profissão, conclui-se existirem diferenças significativas nas opiniões expressas pelos profissionais sobre os atributos de qualidade organizacional relativos à garantia dos direitos do cidadão nas organizações de saúde, sobretudo no que se refere à possibilidade do doente poder aceitar ou recusar participar em actividades de investigação, sendo o grupo que detém entre 10 e 19 anos de antiguidade na profissão aquele que percepção a existência deste atributo como sendo de qualidade ($\chi^2 = 9,503$; gl₃; p = 0,023). Os resultados fornecidos pelo estudo, na dimensão direitos do cidadão, são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **terceiro objectivo: Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às forma de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo.**

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão direitos do cidadão, e tendo como factores de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho) foi feito com recurso ao cálculo do teste de independência de

Kolmogorov-Smirnov, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%.

Os resultados obtidos permitem concluir que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que não foi possível, com base nos resultados fornecidos pelo estudo, a confirmação da **Hipótese 3**.

O estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes as variáveis de caracterização dos profissionais (grupo etário, profissão e antiguidade na profissão), realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, forneceu resultados que permitem concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo a **Hipótese 3** foi infirmada.

Conclui-se do estudo que tanto a idade, como a profissão, como a antiguidade na profissão não são elementos de influência na percepção dos factores de qualidade, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos de qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade dos três Centros de Saúde em estudo.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade organizacional, sendo os atributos mais valorizados os agregados no bloco factorial direitos de cidadania (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 107 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 86,655$; gl5; $p = 0,000$) o que levou à rejeição da hipótese nula, de não existência de diferença na valorização atribuída pelos

profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os atributos mais valorizados os relativos à existência de livro de reclamações disponível e acessível (média de posições 4,02), ao respeito pela natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais de saúde em razão do exercício das suas funções (média de posições 3,67) e à possibilidade do doente poder aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada (média de posições 3,64), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade organizacional é a existência de livro de reclamações disponível e acessível.

A valorização atribuída pelos profissionais a este atributo de qualidade organizacional reflecte a importância que as sugestões, queixas ou reclamações dos utentes têm na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, como foi enfatizado nos conceitos teóricos abordados, sendo a opinião dos utentes considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde assim como para a identificação de problemas a corrigir e a reorganização dos serviços de saúde.

Também em relação aos atributos da qualidade agregados no factor 3 (gestão de conflitos) se conclui existirem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde. A análise de 106 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 16,375$; gl3; $p = 0,001$), levando também à rejeição da hipótese nula, sendo o atributo que os inquiridos consideram exercer maior influência na qualidade organizacional a existência de mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes (média de posições 3,48), seguido do atributo existe gabinete do utente com horário expresso (média de posições 3,24), sendo que, para os inquiridos, os atributos que maior influência exercem sobre a qualidade organizacional são os relacionados com os direitos de cidadania.

Síntese

Os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, na dimensão direitos do cidadão, permitem concluir que segundo a percepção destes profissionais nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas

que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade que outras.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permite concluir que a área que os profissionais consideram que apresenta os melhores atributos de qualidade é a área relacionada com os direitos de cidadania, estando os atributos de qualidade que os profissionais percepcionaram como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde relacionados com a existência de livro de reclamações disponível e acessível, com o respeito pela natureza confidencial dos dados médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais e com a possibilidade de o doente poder aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada.

Assim, com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde se encontra definido por uma forte componente organizacional relacionada com a garantia dos direitos de cidadania dos utentes no interior das instituições de saúde e uma segunda componente relacionada com a gestão dos conflitos surgidos entre os utentes e as organizações de saúde.

Na dimensão Promoção da Saúde, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais, conclui-se que os atributos de qualidade organizacional que os profissionais consideram como sendo de qualidade são os relativos à existência no centro de saúde de material de divulgação sobre promoção da saúde e prevenção da doença (média 3,50), à colaboração dada pelo centro de saúde às instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (média 3,50), à existência de actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos (média 3,48), à colaboração do centro de saúde com programas locais e regionais que divulga junto da população (média 3,46) e à existência de participação do centro de saúde em posturas municipais (média 3,41), estando os atributos que os profissionais consideram com menos qualidade relacionados com a capacidade do centro de saúde em promover a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da

saúde (média 2,82), com a recolha de informação feita pelo centro de saúde sobre a saúde da população e sua posterior divulgação (média 2,86) e com a divulgação à população de informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença (média 2,91).

A promoção da saúde dos cidadãos é um aspecto de importância fundamental para a qualidade dos serviços de saúde, como mostram os conceitos teóricos abordados sobre esta temática. A promoção da saúde é vista como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem, quer por meio da definição de políticas públicas favoráveis à saúde, quer pela preservação dos recursos naturais, quer pela criação de ambientes que apoiem e facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis, quer pelo reforço e incentivo dado à participação activa e empenhada dos indivíduos e comunidades na criação de condições que lhes permitam desfrutar de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida, quer pelo desenvolvimento de competências individuais que capacitem as pessoas para lidar com os desafios do dia-a-dia e com as situações de doença crónica, de forma mais equilibrada e eficaz, quer ainda pela reorientação dos serviços de saúde por forma a aumentar e a rentabilizar a sua capacidade de resposta às necessidades da população e a adoptar formas pró-activas de promoção da saúde das pessoas e das comunidades, tendo como objectivo último diminuir o peso da doença e alcançar ganhos em saúde, por meio da mudança de comportamentos, crenças, atitudes, práticas e acções.

A promoção da saúde surge, assim, como uma forma de “empowerment” dos cidadãos e das comunidades, levando-os a envolverem-se em assuntos relacionados com a sua saúde e a de toda a população, contribuindo com a sua acção para a reorientação dos serviços de saúde de acordo com as necessidades das populações, aumentando deste modo os níveis de acessibilidade a cuidados de saúde e a equidade na prestação de cuidados e de tratamento e diminuindo as desigualdades, factores que constituem os fundamentos da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Apesar da importância de que se reveste, esta é uma das áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias. A implementação e o desenvolvimento de um sistema de qualidade organizacional na área da promoção da saúde contribuirá de forma decisiva para a melhoria da qualidade organizacional e de prestação de cuidados.

Com base nos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas pelos respondentes, conclui-se existir nos centros de saúde uma configuração organizacional que se caracteriza pela existência de uma política de promoção da saúde e uma política de educação para a saúde, cujo contributo para a melhoria da qualidade organizacional do centro de saúde é deficitário, sendo por essa razão uma área a ter em conta na implementação e desenvolvimento de um sistema de qualidade, de acordo com a avaliação feita pelos profissionais de saúde.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde, conduzem a conclusões semelhantes. Os dois factores principais extraídos, que explicam 66,713% da variância total dos dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor política de promoção da saúde (PSA1), com média de *scores* de 18,5728 (variância total explicada 36,012%), detendo o factor política de educação para a saúde (PSA2) uma média de *scores* de 10,4474% (variância total explicada 30,701%), confirmam a existência nos centros de saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos dois factores extraídos, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à promoção da saúde, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à educação para a saúde.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão promoção da saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **segundo**

objectivo definido para o estudo: **Identificar os factores, os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados na dimensão promoção da saúde, em associação com os resultados na análise factorial, constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* sobre as opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão promoção da saúde, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente a situação profissional e antiguidade na profissão, pode concluir-se que existem no seio dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto à forma como os profissionais percebem os atributos de qualidade organizacional dos centros de saúde.

Dos resultados observados conclui-se que é o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como sendo de qualidade os aspectos organizacionais relacionados com a política de promoção da saúde (factor 1), nomeadamente quanto à intervenção do Centro de Saúde na criação de ambientes saudáveis na comunidade ($\chi^2 = 9,138$; gl_2 ; $p = 0,001$), à colaboração do Centro de Saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos ($\chi^2 = 8,811$; gl_2 ; $p = 0,002$), à divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença ($\chi^2 = 15,841$; gl_2 ; $p = 0,000$), à existência no Centro de Saúde de material de divulgação que disponibiliza sobre promoção da saúde e prevenção da doença ($\chi^2 = 14,059$; gl_2 ; $p = 0,001$), à existência no Centro de Saúde de actividades de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos ($\chi^2 = 10,114$; gl_2 ; $p = 0,006$) e à colaboração do Centro de Saúde com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população ($\chi^2 = 6,777$; gl_2 ; $p = 0,028$).

A partir dos resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, segundo a antiguidade na profissão, pode concluir-se que as opiniões expressas pelos inquiridos apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas no atributo relativo à capacidade do centro de saúde para promover a mobilização, dinamização e

envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde ($\chi^2 = 8,397$; gl3; $p = 0,038$), verificando-se serem os profissionais com nove ou menos anos de antiguidade na profissão quem melhor percebem este aspecto como sendo de qualidade.

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3**: **É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.**

Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **terceiro objectivo** definido para o estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às forma de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo.**

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão promoção da saúde, tendo como factores de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), foi feito com recurso ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%. Os resultados obtidos permitem concluir não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que se não confirmou a **Hipótese 3** com base nos resultados fornecidos pelo estudo.

Também o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes o grupo etário, a profissão e a antiguidade na profissão, realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, forneceu resultados que permitem concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Conclui-se assim que tanto a idade, como a profissão, como a antiguidade na profissão não são elementos de influência na percepção dos factores de qualidade, na dimensão promoção da saúde, apesar de se ter constatado, empiricamente, que a profissão e a antiguidade na profissão exercem influência na percepção de alguns dos atributos da qualidade organizacional quando avaliados separadamente.

Os resultados obtidos, pelo facto de não evidenciarem diferenças significativas atribuíveis às variáveis de caracterização dos respondentes, podem significar que os factores de caracterização da qualidade organizacional estão correctos para avaliar a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três Centros de Saúde em estudo, na dimensão promoção da saúde.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional agregados no bloco factorial política de promoção da saúde (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 103 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 98,380$; gl5; $p = 0,000$), o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferenças na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo o atributo mais valorizado o relativo à colaboração do centro de saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos (média de posições 4,34), seguido do atributo há participação do centro de saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde (média de posições 4,09). Contudo, o teste de *Friedman* não revelou resultados estatisticamente significativos no bloco factorial política de educação para a saúde ($\chi^2 = 3,338$; gl2; $p = 0,188$).

Síntese

Os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações da qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, permitem concluir que, de acordo com a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os

profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman*, permite concluir que, na dimensão promoção da saúde, a área que os profissionais consideram que apresenta os melhores atributos de qualidade é a área da política de promoção da saúde, estando os atributos de qualidade que os profissionais perceberam como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde relacionados com a colaboração do centro de saúde com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos e com a participação do centro de saúde em posturas municipais.

Com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde, na dimensão promoção da saúde, se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com a política de promoção da saúde e uma outra componente relacionada com a política de educação para a saúde.

Quanto à dimensão Prestação de Cuidados de Saúde, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais conclui-se que os profissionais consideram os atributos relativos à acessibilidade a cuidados de saúde uma área a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando alguns dos atributos baixos valores médios, sobretudo os relativos à monitorização do tempo de espera no local da consulta (média 2,08), à explicitação pelo centro de saúde do tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta (média 2,10), à monitorização da demora na marcação de consultas (média 2,66) e à obtenção de consulta no próprio dia ou no prazo máximo de dois dias (média 2,97).

A questão da acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um foco de descontentamento dos cidadãos com os serviços de saúde, como ficou explicitado na componente teórica, tendo-se transformado num dos desafios prioritários da política da saúde. A par com a equidade, a acessibilidade é um dos factores que maior influência negativa exerce sobre a qualidade dos serviços de saúde, na perspectiva dos seus

utilizadores, como demonstram estudos empíricos realizados nesta área. Também neste estudo a acessibilidade é uma das áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes sugerem a necessidade de introdução de melhorias significativas, por ser uma área vital para o bom funcionamento dos Centros de Saúde.

Contudo, os resultados das opiniões expressas sugerem também a existência de atributos da qualidade que os profissionais consideram como sendo de qualidade. Com base nos valores médios conclui-se que os aspectos mais valorizados são os relativos à possibilidade de marcação de consultas por telefone (média 3,83), à possibilidade de atendimento no próprio dia dos doentes com situações agudas (média 3,74) e à possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone (média 3,46).

Também os cuidados continuados são uma das áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam piores indicadores de qualidade, com valores médios a variar entre 1,71, na questão relativa ao incentivo dado ao médico de família para visitar os seus doentes em caso de internamento, e 2,03, no aspecto relativo à existência de monitorização do tempo de espera das consultas de referência.

Outra área organizacional em que as opiniões expressas pelos profissionais sugerem a necessidade de introdução de melhorias significativas é a área da prescrição de exames complementares de diagnóstico, onde os valores médios mais baixos variam entre 2,53, no aspecto relativo à análise e discussão periódica do perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do centro de saúde, e 2,86, no aspecto relativo ao fornecimento regular a cada médico do seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico.

A área organizacional que os profissionais de saúde consideram que apresenta os melhores atributos de qualidade é a área dos registos clínicos, sobretudo no que se refere à confidencialidade, acessibilidade e segurança, onde os valores médios variam entre 3,74, no atributo relativo à manipulação dos registos clínicos exclusivamente por pessoal autorizado, e 3,47, no atributo relativo ao arquivo das notas de transferência de dados clínicos para outros médicos.

No que respeita à organização e qualidade dos registos clínicos, os valores médios variam entre 3,77, no atributo relativo à utilização de suportes de registo individual nos grupos de risco, e 3,54, no aspecto relativo à introdução pelo centro de

saúde de folhas de suporte para situações específicas. Neste bloco de atributos, o que na opinião expressa dos profissionais constitui o pior atributo de qualidade é o relativo à avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos (média 2,63).

Nas restantes áreas organizacionais, como a da comunicação com profissionais e utentes onde, os valores médios variam entre 2,78 e 3,30, ou a das linhas de orientação e protocolos, com valores médios entre 2,87 e 3,03, ou ainda a da política de prescrição de fármacos, com valores médios entre 2,58 e 3,22, os dados apresentam grande dispersão, sugerindo os resultados das opiniões expressas pelos profissionais a necessidade de introdução de melhorias da qualidade nestas áreas organizacionais.

Com base na avaliação feita pelos respondentes à qualidade organizacional dos Centros de Saúde conclui-se existir a necessidade da implementação e desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade em algumas das áreas organizacionais da dimensão prestação de cuidados de saúde, constituindo a sua implementação e desenvolvimento uma das prioridades a levar em conta para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. A importância de que se reveste para as organizações de saúde a adopção de sistemas estruturados que coordenem, identifiquem e documentem as actividades chave no domínio da qualidade tem levado as organizações de saúde a implementar e desenvolver sistemas de gestão da qualidade com base em normas, quer nacionais quer internacionais.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Com base nos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais, na dimensão prestação de cuidados de saúde, conclui-se existir nos centros de saúde uma configuração organizacional que se caracteriza pela existência de uma componente organizacional relacionada com a gestão da informação e uma segunda componente relacionada com o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos centros de

saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, conduzem a conclusões semelhantes. Os onze factores principais extraídos, que explicam 74,848% da variância total dos dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor da formalização (PCS1), com média de *scores* de 31,4742 (variância total explicada 13,039), e o segundo representado pelo factor do acesso a cuidados de saúde (PCS2), com valor médio de *scores* de 18,4386 (variância total explicada 9,804%), seguido do factor política de prescrição (PCS3), com média de *scores* de 17,4255 (variância total explicada 9,216%), estando as médias mais baixas, no conjunto factorial de onze componentes principais, situados ao nível do factor de referência a cuidados secundários (PCS10), com valor médio de *scores* de 5,7570 (variância total explicada 3,736%), e do factor organização do processo clínico (PCS11), com valor médio de *scores* de 7,1429 (variância total explicada 3,306%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos de qualidade agregados em cada um dos onze factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à formalização, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à política de prescrição e, por último, os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à organização do processo clínico.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão prestação de cuidados de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o segundo objectivo definido para este estudo: **Identificar os factores os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados, na dimensão prestação de cuidados de saúde em associação com os resultados da análise factorial

constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional do Centros de saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre as opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, pode concluir-se que existem no seio dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto a forma como os profissionais percebem os atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.

Dos resultados observados extrai-se que é o grupo profissional dos enfermeiros quem avalia como sendo de qualidade múltiplos atributos agregados na maioria dos factores, sobretudo no factor da formalização (factor 1), nomeadamente quanto à existência de normas de orientação clínica escritas ($\chi^2 = 7,839$; gl2; p = 0,020), à existência de normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento dos serviços de saúde ($\chi^2 = 6,772$; gl2; p = 0,034) ou quanto à monitorização da chegada de exames complementares anormais com protocolo de convocação dos doentes ($\chi^2 = 6,657$; gl2; p = 0,036).

Da avaliação feita pelos profissionais pode concluir-se ser o grupo profissional de enfermagem aquele que mais valoriza os atributos de qualidade organizacional relacionados com a formalização pelas regras enquanto instrumento de coordenação que tem por objectivo normalizar, disciplinar e estabilizar, como ficou dito na componente teórica, e que na opinião expressa pelos profissionais de saúde é um elemento indutor de qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Também os resultados obtidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, permitem concluir que existem diferenças significativas entre os profissionais, sendo o grupo com 9 ou menos anos de antiguidade na profissão aquele que percebe a existência de alguns dos atributos agregados em diversos factores, nomeadamente a existência de monitorização da chegada de exames complementares de diagnóstico anormais com

protocolo de convocação de doentes ($\chi^2 = 11,359$; gl3; $p = 0,00$) (factor 1), a análise e discussão periódicas do perfil de prescrição de fármacos do centro de saúde ($\chi^2 = 12,397$; gl3; $p = 0,006$) (factor 3), a existência de programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados ($\chi^2 = 11,334$; gl3; $p = 0,010$) (factor4) e a utilização nos grupos de risco dos suportes de registo individual ($\chi^2 = 12,478$; gl3; $p = 0,006$) (factor 6).

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.** Com a confirmação desta hipótese, pode concluir-se ter sido atingido o **terceiro objectivo** definido para o estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às forma de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo.**

O estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), foi feito com recurso ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas entre os grupos, ao nível de significância de 5%. Os resultados observados permitem concluir não existirem diferenças significativas entre os elementos do sexo feminino e os do sexo masculino, assim como entre os profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde, não sendo as variáveis sexo e local de trabalho elementos de influência sobre a avaliação dos factores de qualidade organizacional, pelo que não foi possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nos resultados fornecidos pelo estudo.

O estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variável independente o grupo etário, realizado por meio da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, forneceu resultados que permitem concluir não existirem diferenças estatisticamente

significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo, não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

O estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, considerando como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional, mostra que há diferenças estatisticamente significativas nas respostas expressas pelos inquiridos relativamente ao factor 9 (gestão de materiais_rec), sendo os profissionais de enfermagem quem melhor percepção atribuem a este factor como sendo de qualidade ($\chi^2 = 13,989$; gl2; $p = 0,001$). Os resultados obtidos permitem a rejeição da hipótese nula, ficando estabelecido ao nível de significância de 5% que há evidência estatística que permite afirmar que a profissão é um elemento de influência na percepção dos factores de qualidade que caracterizam a organização dos centros de saúde em estudo. Estes resultados são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, os resultados do teste de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída por aqueles profissionais aos atributos de qualidade organizacional, sendo os mais valorizados os agregados no bloco factorial formalização (factor 1). Os resultados provenientes da análise de 97 casos válidos revelaram um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 151,151$; gl9; $p = 0,000$), o que levou à rejeição da hipótese nula de não existência de diferença na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos de qualidade organizacional, ao nível de significância de 5%, sendo os aspectos mais valorizados todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suportes de registo clínico (média de posições 7,34) e existe informação escrita para os utentes sobre o funcionamento dos serviços (média de posições 6,27), sendo que, para os profissionais, o atributo que mais influencia a qualidade organizacional é a utilização por todos os profissionais dos suportes de folha A4 como suportes de registo clínico.

Também em relação aos atributos de qualidade organizacional agregados nos restantes factores se conclui pela existência de diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais, revelando a análise dos diferentes casos válidos para cada factor valores significativos do teste de *Friedman*.

Síntese

Os resultados dos estudos efectuados, com base nas avaliações de qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, permitem concluir que, de acordo com a percepção destes profissionais, nem todos os atributos de qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permite concluir que, na dimensão prestação de cuidados de saúde, as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são a área da comunicação escrita e a área da acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde.

Assim, com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional nos centros de saúde, na dimensão prestação de cuidados de saúde, se encontra definido por uma forte componente organizacional relacionada com a comunicação escrita entre os órgãos de gestão, os profissionais de saúde e os utentes e uma segunda componente relacionada com a política de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Na dimensão Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais, conclui-se que os profissionais consideram os atributos relativos à avaliação e monitorização da qualidade uma área organizacional a necessitar de melhorias significativas da qualidade, apresentando todos os atributos baixos valores médios, variando de 2,41, no atributo existem devidamente programadas actividades de garantia da qualidade, a 2,70, no atributo os programas de garantia de qualidade incluem a avaliação do desempenho, o mesmo sucedendo em relação aos atributos relativos à avaliação da satisfação do utentes, onde os valores médios variam de 2,37, no atributo existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, a 3,09, no atributo existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes. O cenário piora em relação aos

atributos de qualidade relativos à avaliação da satisfação dos profissionais, com os valores médios a variar entre 2,18, no atributo existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas, e 2,41, no atributo existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais.

Quanto à formação contínua multiprofissional, os valores médios, na maioria dos atributos, continuam baixos, estando a maioria compreendida entre 2,35 no atributo existem actividades de formação contínua integradas nas rotinas normais de trabalho, e 3,15, no atributo existe informação acessível sobre oportunidades de formação. Quanto à área organizacional da investigação científica, esta apresenta os piores valores de média, variando entre 1,64, no atributo relativo à publicação de artigos científicos no último ano, e 2,15, no atributo relativo à existência de projectos de investigação no corrente ano.

Estas são áreas organizacionais em que as opiniões expressas pelos respondentes não deixam dúvidas quanto à necessidade de introdução de melhorias significativas. Por se tratar de áreas vitais para a qualidade organizacional dos centros de saúde têm de ser objecto de especial atenção por parte dos órgãos de gestão e de todos os profissionais assim como pelos próprios utentes e cidadãos consumidores de serviços de saúde.

Relativamente à avaliação e monitorização da qualidade, deixou de ser uma opção das organizações de saúde para se tornar numa filosofia de vida, como referido na componente teórica. Sejam quais forem os indicadores utilizados na avaliação da qualidade dos centros de saúde não basta medir. A qualidade tem de ser constantemente monitorizada, introduzindo correcções sempre que seja necessário. É um processo dinâmico que necessita do envolvimento de todos os colaboradores.

A satisfação dos utentes e profissionais tem sido, recorrentemente, utilizada como indicador da qualidade dos serviços de saúde, como referido na componente teórica, sendo muitos os exemplos de estudo empíricos realizados nessa área. Mas se é importante medir, tão importante é acompanhar a evolução da melhoria da qualidade.

Quanto à formação contínua multiprofissional, ela é um dos pilares de sustentação da qualidade dos serviços de saúde, esteja ela ligada à prática clínica, à prática organizacional ou à prática de prestação de cuidados. O desenvolvimento da qualidade está intimamente ligado à educação continua, tendo como objectivo último a

prestação de cuidados otimizados aos doentes. No que respeita à investigação científica, esta é uma das fontes para obter qualidade, a par com o envolvimento de todos os níveis da organização, de informações detalhadas sobre a qualidade e da sua monitorização.

Com base nos resultados obtidos pode dizer-se ser a dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade uma das áreas organizacionais a necessitar de reformas profundas, de molde a elevar os seus níveis de qualidade.

Os resultados sugerem a existência nos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, de uma configuração organizacional que se caracteriza por uma ausência de cultura da qualidade que influencia de modo negativo a avaliação feita pelos profissionais, sendo as áreas organizacionais que os profissionais de saúde consideram que apresentam os piores indicadores de qualidade a área da investigação científica, a área de avaliação da satisfação dos profissionais e a área da avaliação e monitorização da qualidade que, na opinião expressa pelos profissionais de saúde, influenciam negativamente a qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações de qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, conduzem a conclusões semelhantes. Os seis factores principais extraídos, que explicam 75,669% da variância total dos dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante representado pelo factor garantia da qualidade (FDQ1), com média de *scores* de 16,3571 (variância total explicada 18,689%), seguido do factor do desenvolvimento de competências (FDQ2), como o segundo mais importante, com valor médio de *scores* de 14,4393 (variância total explicada 14,435%), detendo o terceiro factor uma média de *scores* de 10,210 (variância total explicada 30,701%), estando a média mais baixa dos seis conjuntos

factoriais situada ao nível da estrutura factorial da gestão do conhecimento (FQD5), com uma média de *scores* de 8,8073 (variância total explicada 10,156%), e da estrutura factorial da gestão científica (FDQ6), com uma média de *scores* de 5,5980 (variância total explicada 7,6300%), confirmam a existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos seis factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à garantia da qualidade, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos ao desenvolvimento de competências, seguidos dos valores organizacionais relacionados com a avaliação da satisfação dos utentes, e por fim os valores organizacionais relacionados com os atributos de qualidade relativos à gestão do conhecimento e com os atributos de qualidade relacionados com a investigação científica, sendo esta uma das configurações organizacionais que interfere negativamente no perfil da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **segundo objectivo: Identificar os factores os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, em associação com os resultados da análise factorial constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional do Centros de saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre as opiniões expressas pelos profissionais relativamente à qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, pode concluir-se que existem no seio

dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto à forma como os profissionais percebem os atributos de qualidade organizacional dos centros de saúde.

Dos resultados observados conclui-se ser o grupo profissional dos administrativos quem avalia como sendo de qualidade os atributos relacionados com a garantia da qualidade (factor 1), sobretudo no que se refere à avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais ($\chi^2 = 16,885$; gl2; $p = 0,000$), assim como à existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais ($\chi^2 = 16,171$; gl2; $p = 0,000$). Já o grupo profissional dos enfermeiros avalia como sendo de qualidade os atributos relacionados com o desenvolvimento de competências, sobretudo no que respeita à existência de levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores ($\chi^2 = 25,334$; gl2; $p = 0,000$).

Também os resultados obtidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais, permitem concluir que existem diferenças significativas, nomeadamente quanto à avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais ($\chi^2 = 14,389$; gl2; $p = 0,005$), assim como quanto à existência de reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais ($\chi^2 = 14,697$; gl2; $p = 0,002$), sendo os profissionais mais jovens quem avalia estes atributos como sendo de qualidade.

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o terceiro objectivo definido para este estudo: **Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional nos centros de saúde em estudo.**

Os resultados do estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, tendo como elemento de influência as variáveis de caracterização sexo, os valores do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov* sugerem a existência de diferenças significativas na percepção do factor de qualidade monitorização da qualidade_rec: (K-S Z = 1,443; p = 0,031), levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, sendo estes dados a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados da análise comparativa das opiniões expressas pelos profissionais que trabalham no centro de saúde e os que trabalham na extensão de saúde levam a concluir não existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional, não sendo por isso possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados do estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização grupo etário, profissão e antiguidade na profissão, obtidos com recurso à análise de variância de *Kruskal-Wallis*, assumindo como hipótese nula a não existência de diferenças significativas, ao nível de significância de 5%, permitem concluir que há diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec ($\chi^2 = 2,076$; gl3; p = 0,478), quando se considera o grupo etário como variável independente, pelo que se rejeita a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, sendo o grupo com 34 ou menos anos de idade aquele que melhor percebe este factor como sendo de qualidade. Os resultados do teste são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Os resultados mostram ainda que existem diferenças significativas na percepção dos factores de qualidade organizacional quando se considera como elemento de influência a variável de caracterização grupo profissional. Assim, verifica-se que, em relação ao factor garantia da qualidade_rec (factor 1), são os enfermeiros quem melhor percebe este factor como sendo de qualidade ($\chi^2 = 15,184$; gl2; p = 0,185), o mesmo se verificando em relação ao factor desenvolvimento de competências_rec (factor 2) ($\chi^2 = 8,623$; gl2; p = 0,013), situação que já se havia verificado aquando do estudo das diferenças de percepção dos itens dos conjuntos factoriais. Os resultados do teste são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto à variável de caracterização antiguidade na profissão, os resultados fornecidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis* levam a concluir que existem diferenças significativas na percepção do factor garantia de qualidade_rec ($\chi^2 = 18,796$; gl3; $p = 0,000$), sendo os profissionais com antiguidade na profissão igual ou inferior a nove anos aqueles que melhor percebem este factor como sendo de qualidade. Estes resultados são a favor da confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados do teste de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional. Assim, considerando os dados do bloco factorial garantia de qualidade (factor 1), verifica-se que a análise de 98 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 34,939$; gl6; $p = 0,000$), levando à rejeição da hipótese nula, ao nível de significância de 5%, estando o atributo que os profissionais consideram que exerce maior influência relacionado com os programas de qualidade que incluem a avaliação do desempenho profissional (média de posições 4,74) (factor 1 garantia da qualidade).

Síntese

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman*, permitem concluir que, na dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade, as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são a área da garantia da qualidade e a área de desenvolvimento de competências, estando os atributos de qualidade que os profissionais perceberam como tendo maior influência na qualidade organizacional dos serviços dos centros de saúde relacionados com a garantia da qualidade, estando os atributos que os profissionais perceberam como tendo menos qualidade relacionados com a área da gestão do conhecimento e a área da investigação científica.

Assim, com base nos resultados do estudo, pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com a garantia da qualidade,

uma segunda componente relacionada com o desenvolvimento de competências, uma terceira componente relacionada com a avaliação da satisfação dos utentes, uma quarta componente relacionada com a gestão do conhecimento e uma quinta componente relacionada com a investigação científica, que influenciam negativamente o perfil da qualidade organizacional dos serviços nos centros de saúde em estudo.

Com base nestes resultados pode concluir-se que, nos centros de saúde em estudo, existem diferentes processos de desenvolvimento da qualidade organizacional, apesar de se verificar que, na perspectiva dos profissionais de saúde, o desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde não trouxe melhorias significativas na organização e na prestação de cuidados de saúde. Os resultados do estudo da dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade são a favor da confirmação da **Hipótese 2: Não existe um único processo de desenvolvimento da qualidade organizacional nos centros de saúde, apesar de se poder esperar a predominância das políticas e práticas derivadas das orientações hierárquicas ou verticais, nomeadamente oriundas da Região de Saúde do Centro.**

Quanto à dimensão Instalações e Equipamentos, pela análise descritiva das opiniões expressas pelos profissionais conclui-se que estes avaliam a maioria dos atributos como sendo de qualidade, estando os atributos que, na perspectiva dos profissionais, necessitam de melhorias da qualidade relacionados com a identificação de todos os profissionais em contacto com o público (média 2,79), a existência de transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do centro de saúde (média 2,76), a área administrativa dispões de espaço suficiente e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal (média 2,97), os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade a nível visual e auditivo (média 2,97), os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede (média 2,85), estando os valores médios dos restantes atributos desta dimensão situados entre 3,14 e 3,88. Considerando o que foi dito na componente teórica sobre as dimensões da qualidade dos serviços de saúde, entre as quais se situam as amenidades físicas, que incluem a acessibilidade física aos cuidados de saúde e a sua aparência física, não restam dúvidas que, de acordo com as opiniões expressas pelos profissionais de saúde,

se trata de uma área organizacional que contribui decisivamente para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde em estudo.

Quanto à área organizacional da saúde, higiene e segurança, as respostas expressas pelos profissionais denunciam a existência de alguns atributos que consideram com menos qualidade, como a existência de protecção contra o roubo (média 2,29), existência de plano de emergência em caso de catástrofe (média 2,49) e a existência de um sistema de iluminação e de sinalização (média 2,79), estando os valores médios dos restantes atributos compreendidos entre 3,03 e 3,59. Trata-se de uma área em que as respostas expressas pelos profissionais sugerem a necessidade de introduzir alterações no sentido da melhoria da qualidade.

Com base nos resultados da análise descritiva dos dados conclui-se existir nos centros de saúde uma configuração organizacional, na dimensão instalações e equipamentos, que se caracteriza pela existência de uma componente organizacional relacionada com as amenidades físicas e por uma segunda componente organizacional relacionada com o equipamento existente, que satisfazem os profissionais em quase todos os aspectos organizacionais, e por uma componente relacionada com a segurança no trabalho que pouco contribui para a qualidade organizacional dos serviços de saúde. Os resultados da avaliação da qualidade organizacional feita pelos profissionais de saúde na dimensão instalações e equipamentos são a favor da confirmação da **Hipótese 4: É provável que a implementação e o desenvolvimento dum sistema de qualidade organizacional exerça uma certa influência positiva na organização e nos resultados da prestação de cuidados de saúde.**

Também os resultados da análise factorial de componentes principais, aplicada aos dados provenientes das avaliações da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, na dimensão instalações e equipamentos, conduzem a conclusões semelhantes. Os nove factores principais extraídos, que explicam 74,434% da variância total do dados iniciais, e cuja ordem de importância se encontra hierarquizada segundo os valores da média de *scores* factoriais, sendo o mais importante o representado pelo factor espaço físico (IEQ1), com média de *scores* de 19,1161 (variância total explicada 14,008%), detendo o factor gestão do equipamento (IEQ2) uma média de *scores* de 18,1117 (variância total explicada 10,464%) e o factor segurança no trabalho (IEQ3) uma média de *scores* de 17,7451 (variância total explicada 9,193%), confirmam a

existência nos Centros de Saúde de uma configuração organizacional cujo perfil pode ser definido pelos atributos da qualidade agregados em cada um dos factores, prevalecendo os valores organizacionais relacionados com os critérios da qualidade relativos ao espaço físico, seguidos dos valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à gestão do equipamento e por fim os valores organizacionais relacionados com os atributos da qualidade relativos à segurança no trabalho.

Os resultados provenientes da aplicação da análise factorial de componentes principais à dimensão instalações e equipamentos são a favor da confirmação da **Hipótese 1: Existem factores organizacionais e profissionais associados às formas como os prestadores directos e indirectos de cuidados de saúde valorizam e desvalorizam o perfil dos atributos da qualidade organizacional dos Centros de Saúde em estudo.** Com a confirmação desta hipótese pode concluir-se ter sido atingido o **segundo objectivo** definido para este estudo: **Identificar os factores os processos e os efeitos do desenvolvimento da qualidade organizacional nos serviços de saúde em estudo.**

Os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados, na dimensão instalações e equipamentos, em associação com os resultados da análise factorial constituem-se como elementos essenciais para a prossecução do **primeiro objectivo** deste estudo: **Analisar as configurações organizacionais que interferem no perfil da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo.**

Com base nos resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre as opiniões expressas pelos profissionais, tendo como factores de influência as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico dos respondentes, nomeadamente quanto à sua situação profissional e antiguidade na profissão, pode concluir-se que existem no seio dos profissionais de saúde diferenças significativas quanto a forma como os profissionais percebem os atributos da qualidade organizacional dos centros de saúde em estudo.

Dos resultados observados conclui-se ser o grupo profissional dos enfermeiros a avaliar como sendo de qualidade alguns dos atributos relativos ao espaço físico (factor 1), à segurança no trabalho (factor 3), à higiene e segurança (factor 7) e à saúde pública (factor 8).

Os resultados fornecidos pelo estudo são a favor da confirmação da **Hipótese 3: É provável que existam no seio dos profissionais de saúde diferenças de percepção dos atributos de qualidade organizacional dos serviços do Centro de Saúde, encontrando-se tais diferenças de certo modo relacionadas com as características pessoais e profissionais, entre as quais a situação profissional e a antiguidade na profissão.** Com a confirmação desta hipótese considera-se atingido o terceiro objectivo definido para o estudo: **Analisar as diferenças e as similaridades de percepção quanto às formas de valorização e de desvalorização dos atributos da qualidade organizacional.**

Quanto aos resultados obtidos pela análise de variância de *Kruskal-Wallis*, sobre a influência da variável de caracterização antiguidade na profissão na percepção dos profissionais, permitem concluir que não existem diferenças significativas, não sendo possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nestes resultados.

Também os resultados do estudo das diferenças de percepção dos factores de qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como elementos de influência as variáveis de caracterização que definem o perfil sociodemográfico dos respondentes (sexo e local de trabalho), obtidos com recurso ao cálculo do teste de independência de *Kolmogorov-Smirnov*, mostram não existirem diferenças significativas, não sendo possível a confirmação da **Hipótese 3** com base nestes resultados.

De igual modo, o estudo comparativo da percepção dos factores de qualidade organizacional dos serviços de saúde, tendo como variáveis independentes as variáveis de caracterização dos profissionais (grupo etário, profissão e antiguidade na profissão), efectuado por meio do cálculo do teste de *Kruskal-Wallis*, forneceu resultados que permitem concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que, com base nos resultados do estudo, não foi possível a confirmação da **Hipótese 3**.

Quanto aos atributos que os profissionais de saúde consideram com maior influência sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde, os resultados obtidos permitem concluir que existem diferenças significativas na valorização atribuída pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional, na dimensão instalações e equipamentos. Assim, considerando os dados do bloco factorial espaço físico (factor 1), verifica-se que a análise de 112 casos válidos revela um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 16,872$; gl4; $p = 0,002$), sendo o atributo mais

valorizado existe local próprio para tratamento (média de posições 3,09), o mesmo se concluindo em relação ao bloco factorial segurança no trabalho (factor 3) no qual, com base na análise de 102 casos válidos, se constata a existência de um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 80,492$; gl5; $p = 0,000$), sendo o atributo mais valorizado existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios (média de posições 4,14), e em relação ao bloco factorial identificação das instalações (factor 5), com base na análise de 114 casos válidos conclui-se existir um valor significativo do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 14,654$; gl3; $p = 0,000$), sendo o atributo mais valorizado todos os locais estão devidamente sinalizados e identificados (média de posições 2,64).

Síntese

Os resultados do estudo efectuado, com base nas avaliações de qualidade organizacional feitas pelos profissionais de saúde, permitem concluir que, de acordo com a percepção destes profissionais, nem todos os atributos da qualidade organizacional apresentam a mesma hierarquia de valores, havendo áreas que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade e outras que os profissionais consideram que apresentam piores atributos de qualidade.

O cruzamento dos resultados da análise descritiva dos dados com os resultados da análise factorial de componentes principais, com os resultados da análise de variância de *Kruskal-Wallis* e com os resultados do estudo comparativo de *Friedman* permitem concluir que, na dimensão instalações e equipamentos, as áreas organizacionais que os profissionais consideram que apresentam melhores atributos de qualidade são as áreas relacionadas com o espaço físico e a gestão do equipamento. Assim, com base nos resultados do estudo pode concluir-se que o perfil da qualidade organizacional dos serviços de saúde, na dimensão instalações e equipamentos, se encontra definido por uma componente organizacional relacionada com as amenidades físicas e uma segunda componente relacionada com a gestão do equipamento.

Como conclusão final pode dizer-se que, com a elaboração deste estudo, foram atingidos os objectivos propostos e confirmadas as hipótese formuladas, que permitem responder às perguntas de investigação previamente colocadas, tendo sido identificadas

áreas organizacionais que podem ser classificadas em três grupos distintos, de acordo com os níveis de qualidade organizacional percebidos pelos profissionais de saúde: (a) áreas problema a necessitar de melhorias significativas dos atributos de qualidade organizacional, que incluem o planeamento das actividades, o envolvimento dos profissionais na elaboração do plano, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde e a monitorização dos tempos de espera, assim como todas as áreas organizacionais da dimensão educação contínua e desenvolvimento da qualidade; (b) áreas organizacionais a necessitar de melhorias de alguns dos atributos de qualidade organizacional que incluem a política favorável à saúde, os cuidados domiciliários e a saúde higiene e segurança no trabalho; (c) áreas organizacionais com boa qualidade que incluem os direitos dos cidadãos, os registos clínicos e os equipamentos necessários.

Os resultados encontrados são provenientes das avaliações feitas pelos profissionais de saúde aos atributos da qualidade organizacional que integram a escala de percepção da qualidade utilizada, sendo, por essa razão, uma avaliação subjectiva sobre a qual exercem influência as variáveis das características dos respondentes. Apesar da sua importância, os resultados encontrados constituem apenas um dos elementos a ter em conta aquando da implementação de melhorias na qualidade organizacional dos serviços de saúde nos centros de saúde, nas áreas organizacionais referenciadas pelo estudo.

Muito embora não tenha sido definido como objectivo deste estudo a avaliação das qualidades do instrumento de recolha de dados – MoniQuOr.CS – o estudo revelou que se trata de um instrumento com validade para a avaliação da percepção da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três centros de saúde em estudo, tendo evidenciado uma boa consistência interna, analisada pela estimação da fiabilidade interna por meio do cálculo de *Alpha de Cronbach*, a qual permite reconhecer a sua reprodutibilidade em estudos futuros da mesma natureza, como escala de avaliação.

5 Sugestões

O estudo da problemática da qualidade dos serviços de saúde não se esgota na avaliação da qualidade organizacional dos serviços de saúde, apesar desta ser uma área de grande influência na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. O seu estudo continuará por muito tempo actual e continuará a suscitar interrogações às quais se procurará dar respostas com outras metodologias de estudo.

A necessidade de aprofundar os conhecimentos na área da qualidade dos serviços de saúde, seja a qualidade da prática clínica, seja a qualidade organizacional, seja a qualidade dos cuidados prestados ou dos resultados obtidos, fornece um vasto campo de pesquisa científica que deve ser explorado para a recolha de indicadores de qualidade que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Como primeira sugestão para novas investigações proponho a realização de um estudo Sociológico dos Cuidados de Saúde Primários, com recurso à observação participante, com o objectivo de melhor compreender as dinâmicas das práticas organizacionais dos serviços de saúde nos Centros de Saúde. Como afirma Bell (2002), a observação participante leva o seu tempo e o investigador tem de ser aceite pelos indivíduos ou pelos grupos em estudo (Bell 2002). Os métodos de investigação directa, a par do caso particular da investigação-acção, constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que são produzidos. As observações sociológicas incidem, assim, sobre os comportamentos dos actores, na medida em que manifestam sistemas de relações sociais, bem como sobre os fundamentos culturais e ideológicos que lhes subjazem (Quivy e Campenhoudt 1998).

A minha segunda sugestão para uma nova investigação na área da qualidade dos serviços de saúde direcciona-se para a realização de uma etnografia da sala de espera dum centro de saúde, *campus* impregnado de riquíssimo conteúdo sociológico, onde os comportamentos aparecem e se transformam dando lugar aos efeitos produzidos, de acordo com o contexto em que ocorrem. Este método de observação participante permite ao investigador partilhar as experiências dos indivíduos que constituem o objecto de estudo e deste modo melhor compreender porque é que os indivíduos agem desta ou daquela forma (Bell 2002).

Uma terceira sugestão para uma nova investigação na área da qualidade dos serviços de saúde é um estudo sobre o impacte das mudanças das estruturas

organizacionais em desenvolvimento nos cuidados de saúde primários – Unidades de Saúde Familiares – na qualidade dos serviços de saúde ao nível da Sub-Região de Saúde de Coimbra, ou mesmo na Região de Saúde do Centro.

Em função dos resultados obtidos com a elaboração deste trabalho, realizado com base nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde sobre a qualidade organizacional dos centros de saúde, que apontam para medidas correctivas a curto e médio prazo, levam-me a considerar oportuno apresentar as sugestões seguintes aos órgãos de gestão dos centros de saúde em estudo:

Medidas de curto prazo:

- Introduzir melhorias no planeamento das actividades, iniciando este processo com a elaboração do diagnóstico da situação da saúde das populações servidas pelos centros de saúde e prosseguindo com a elaboração do plano de actividades de cada ano, atempadamente, assente numa visão estratégica da resolução dos problemas relacionados com as situações de saúde/doença das populações;

- Envolver desde o início todos os profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde, de modo a que todos os profissionais se sintam motivados para prosseguir os objectivos definidos para cada área organizacional, contribuindo de modo sinérgico para a melhoria da qualidade organizacional e dos resultados da prestação de cuidados de saúde;

- Rever os quadros dos profissionais de saúde ou promover o seu preenchimento de modo a conseguir *ratios* mais adequados profissional de saúde/utente;

- Rever o sistema de marcação de consultas de modo a torná-lo mais funcional e ajustado às disponibilidades de utentes e profissionais;

- Fazer uma gestão racional do tempo:

- Explicitar o tempo máximo de espera após a hora marcada para as consultas;
- Monitorizar a demora na marcação de consultas;
- Monitorizar o tempo de espera no local da consulta;

- Criar incentivos para o médico de família fazer um acompanhamento continuado e integrado dos doentes que carecem de internamento hospitalar, de modo a permitir a complementaridade de tratamento entre hospital e centro de saúde;
- Rever o processo de referenciação dos doentes aos cuidados secundários, tomando o centro de saúde a seu encargo todo o processo de marcação de consultas;
- Definir uma política explícita de prescrição de exames complementares de diagnóstico de acordo com as necessidades ditadas pela especificidade dos casos clínicos
- Avaliar e monitorizar a qualidade dos registos clínicos dos utentes

Medidas de médio prazo:

- Realizar um processo de “benchmarking” interno com o objectivo de analisar as boas práticas organizacionais evidenciadas por este estudo, as quais devem ser mantidas ou mesmo melhoradas, e corrigir as práticas que causam variabilidade na qualidade organizacional dos serviços de saúde, nos centros de saúde e nos resultados da prestação de cuidados de saúde;
- Formar os profissionais na implementação de modelos organizacionais e de gestão dinâmicos e holísticos nos Centros de Saúde;
- Formar os profissionais de saúde na implementação e desenvolvimento de projectos de qualidade;
- Formar os profissionais de saúde na implementação de abordagens às diferentes situações e problemas susceptíveis de ocorrerem nas organizações de saúde;
- Formar os profissionais de saúde na implementação de abordagens à promoção da saúde;
- Criar incentivos à investigação científica enquanto suporte das estratégias de mudança a introduzir nas estruturas organizacionais, nos modelos de gestão e na qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Realizar um processo de “benchmarking” externo com o objectivo de adaptar à realidade dos centros de saúde as práticas organizacionais de outros centros de saúde que se tenham evidenciado as melhores práticas organizacionais;

- Implementar e desenvolver um sistema de qualidade com o envolvimento de todos os níveis dos Centros de Saúde e de todos os profissionais, o qual deve contemplar actividades programadas de garantia da qualidade, avaliação e monitorização permanente da qualidade com utilização de indicadores fiáveis, como a avaliação do desempenho individual e da organização, a avaliação da satisfação dos utentes e profissionais, comparando os níveis de qualidade alcançados com os dos parceiros com as melhores práticas.

- Educar os utentes, enquanto elementos insubstituíveis nos processos de gestão da saúde, no sentido da adopção de comportamentos de cidadania: participação activa no processo de organização e gestão dos cuidados de saúde, uso racional dos serviços de saúde, alteração de comportamentos lesivos para a sua saúde;

- Investigar os factores relativos aos profissionais determinantes na melhoria ou degradação dos níveis de qualidade dos serviços de saúde;

- Investigar os processos de decisão que influenciam os comportamentos de prescrição de meios complementares de diagnóstico por parte dos médicos.

5.1 Plano de Intervenção Sócio-Organizacional

Introdução

Com base nos resultados obtidos com a elaboração deste trabalho sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde em três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, baseado nas opiniões expressas pelos profissionais de saúde dessas unidades de saúde, concluiu-se que existem, nestas instituições, áreas organizacionais que evidenciam algum défice de qualidade organizacional, com reflexos negativos na motivação dos profissionais e na sua satisfação e, muito provavelmente, com impacte negativo na qualidade dos serviços de saúde prestados, que influenciam a satisfação dos utentes.

Face aos resultados expressos, elaborei uma proposta de intervenção orientada para a mudança para as boas práticas organizacionais, contemplando uma das áreas vitais para a qualidade organizacional dos centros de saúde estudados.

Assim, a minha proposta de intervenção está direccionada para a mudança de comportamentos, atitudes e práticas organizacionais, na dimensão organização e gestão, nomeadamente, no planeamento das actividades, no envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde, por considerar ser prioritário intervir junto das possíveis causas que determinam uma sequência de resultados não desejáveis para a qualidade organizacional dos serviços de saúde, de modo a permitir a mudança de um modelo de gestão tradicional para um modelo holístico de gestão.

I. Metodologia de trabalho

Serão conduzidas sessões de aprendizagem, teóricas e práticas, com grupos de 20 profissionais no máximo, por sessão.

Na componente teórica privilegiar-se-á a condução de diferentes sessões de aprendizagem, sendo utilizadas exposições orais e metodologias de interacção psicossocial (*brainstorming* e *fora* de discussão) assim como a análise de casos, apoiadas por meios audiovisuais e bibliografia adequada.

Na componente teórico-prática será proporcionada aos formandos a observação de boas práticas organizacionais e de gestão num centro de saúde de excelência, numa perspectiva de “benchmarking”, de acordo com o constante na matriz de enquadramento lógico que faz parte integrante do plano de intervenção sócio-organizacional.

II. Promoção, informação e divulgação

Para a promoção do plano de intervenção sócio-organizacional preconizado será seguido um protocolo de procedimentos que incluem em primeiro lugar o pedido formal à Coordenação da Sub-Região de Saúde de Coimbra, para aceder aos Centros de Saúde, assim como às Direcções das três unidades de saúde para autorização da abordagem a realizar junto de todos os profissionais.

Em caso de autorização superior, utilizar-se-á o Boletim Informativo da Direcção como o primeiro meio de divulgação do plano de intervenção sócio-organizacional, considerando-se o momento de divulgação mais adequado as reuniões multiprofissionais, sendo proposto e agendado nessas reuniões um fórum de discussão alargada sobre o modelo holístico de gestão.

Será ainda privilegiada a informação personalizada, enviando uma mensagem, em jeito de convite, apelando à adesão de cada profissional ao plano de intervenção.

Objectivos Gerais:

Constituem objectivos gerais da promoção do plano de intervenção Sócio-Organizacional :

1. Promover junto dos órgão de gestão e de todos os profissionais dos centros de saúde em estudo a aceitação do plano de intervenção;
2. Promover o envolvimento e participação de todos os profissionais de todos os níveis da organização.

Em termos específicos pretende-se que as acções de promoção de informação e divulgação contribuam para:

1. Envolver todos os profissionais de todas as áreas organizacionais dos centros de saúde estudados;
2. Explicitar os atributos e as vantagens do plano de intervenção, na melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde nos três centros de saúde.

Indicadores

Constituem indicadores para a intervenção sócio-organizacional os resultados fornecidos por este estudo, que se consubstanciam nos resultados da percepção dos profissionais acerca da qualidade organizacional dos serviços de saúde dos centros de saúde analisados, com influência nos seus níveis de satisfação, na qualidade dos cuidados de saúde prestados e na satisfação dos utentes.

Actividades a desenvolver

Constituem actividades prioritárias a desenvolver:

- Explicitar a natureza da intervenção e as suas finalidades com vista a obter ganhos para a instituição, para os profissionais e para os utentes, tentando conseguir por este meio a adesão dos órgãos de gestão de cúpula, dos gestores intermédios e dos restantes profissionais;
- Incentivar a discussão à volta das vantagens da intervenção para os elementos da população alvo em contexto específico;
- Organizar um seminário sobre o modelo holístico de gestão, pondo em evidência as vantagens e desvantagens de uma gestão participada e a sua influência na melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, na motivação dos

profissionais e na sua satisfação e suas repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes;

- Desenvolver reuniões parcelares para debate de situações específicas, tendo em conta os diversos contextos de acção.

Meios de verificação

Como meio de verificação da aceitação do plano de intervenção Sócio-Organizacional privilegiar-se-á a recolha de informação no final de cada reunião, de forma a permitir uma síntese avaliativa em função das opiniões expressas pelos participantes dos diversos sectores profissionais, utilizando como instrumento de recolha de dados uma ficha de relato onde os profissionais possam exprimir o grau de clarificação sobre os objectivos e as actividades realizadas e a convicção que têm em relação à acção futura do plano de intervenção.

Resultados esperados

Pretende-se, com as acções desenvolvidas para a promoção do plano de intervenção Sócio-Organizacional, obter uma população alvo suficientemente significativa para justificar a intervenção, por se reconhecer que os profissionais estão convictos da finalidade da intervenção, dos seus benefícios práticos e da sua aplicabilidade.

Pressupostos

Consideram-se pressupostos essenciais nesta fase a existência de um número significativo de profissionais aderentes ao plano de intervenção (o capital intelectual), motivados e empenhados na inter-ajuda (capital relacional) e os recursos materiais necessários para levar por diante a terceira fase do plano – a Formação.

III. Formação

A formação dos profissionais de saúde visa a aplicação futura, nos centros de saúde, do modelo de gestão que se preconiza (modelo holístico de gestão). Neste sentido, constitui o objectivo geral da formação:

- Desenvolver competências de aprendizagem pessoais, técnicas e instrumentais, no contexto de acção partilhado, para ter capacidade de conceptualização e de análise crítica.

Em termos específicos pretende-se:

- Proporcionar aos profissionais de saúde o aprofundamento do debate sobre a terminologia, os conceitos e os métodos de abordagem do modelo holístico de gestão;
- Proporcionar aos profissionais de saúde informações que lhes permitam desenvolver uma atitude crítica e isenta na análise das situações e problemas de ocorrência no quotidiano dos centros de saúde, na base do modelo de gestão preconizado.

Indicadores

Constituem indicadores as competências pessoais e profissionais de um desempenho de excelência, coerente com o modelo de gestão que se preconiza e explicitado nas sugestões apresentadas.

Actividades

As actividades a desenvolver no período de formação constam do plano de acção de formação que acompanha este documento e do qual faz parte integrante, e incluem:

- Formação teórica
- Formação prática

- Análise de casos
- Exercício de “benchmarking”

Meios de verificação

Os meios de verificação incluem a realização de um teste e a elaboração de um projecto de modelo holístico de gestão.

Resultados esperados

Espera-se que a formação desenvolva:

- Competências de linguagem
- Competências conceptuais
- Competências metodológicas
- Competências pessoais
- Competências relacionais

Recursos

Consideram-se recursos essenciais:

- Material para desenvolver as actividades pedagógicas (sala com equipamento multimédia);
- Recursos Humanos
- Recursos Materiais
- Disponibilidade dos formandos para um percurso temporal consistente

IV. Investigação

As acções de investigação a realizar inserem-se no processo de avaliação e monitorização na fase de implementação e desenvolvimento do plano de intervenção Sócio-Organizacional, de acordo com o constante na matriz de enquadramento lógico.

Objectivo Geral:

- Avaliar e monitorizar as alterações do comportamento, atitudes e práticas organizacionais.

Em termos específicos pretende-se:

- Verificar se o programa está a ser cumprido de acordo com o planeado e em função da finalidade

Indicadores

Como indicadores serão utilizados:

- A satisfação dos profissionais
- A satisfação do utentes
- Os exemplos de boas práticas

Actividades

As actividades a desenvolver para que se cumpram as etapas anteriormente descritas incluem a definição da sequência das actividades de monitorização em diversos momentos do processo (calendarização).

Meios de verificação

Os meios de verificação a utilizar são:

- Escala de avaliação de satisfação dos profissionais
- Escala de avaliação de satisfação dos utentes
- Grelha de observação de boas práticas

Resultados esperados

Espera-se que nesta fase de implementação e desenvolvimento do plano de intervenção os profissionais de saúde tenham desenvolvido competências no quadro dum novo modelo de acção.

Recursos

Consideram-se recursos essenciais nesta fase:

- Instrumentos de medida, de análise e discussão dos resultados pertinentes
- Recursos Humanos
- Recursos Materiais

V. Recursos do núcleo

Consideram-se essenciais todos os recursos considerados necessários para cada fase descrita e constantes da matriz de enquadramento lógico.

Conclusões

Com base nos resultados expressos pelo estudo previamente realizado, sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde em três centros de saúde da Região de Saúde do Centro, elaborei uma proposta de intervenção Sócio-Organizacional, orientada para a mudança para as boas práticas organizacionais, nas áreas que apresentam défice de qualidade organizacional, na dimensão organização e gestão, nomeadamente no planeamento das actividades, no envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão dos centros de saúde.

A proposta de intervenção Sócio-Organizacional está estruturada para ser desenvolvida de acordo com os pressupostos teóricos do modelo de gestão participativa (holístico) e ser promovida em contexto, em função das necessidades e motivação dos profissionais envolvidos, considerando Recursos Humanos e Materiais acessíveis.

A intervenção está prevista para um desenvolvimento temporal longo, com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, devendo ser devidamente monitorizada e sustentada.

Anexos

1. Matriz de Enquadramento Lógico
2. Plano de acção de formação

I – Matriz de Enquadramento Lógico

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Pressupostos/ Recursos
<p>Promover</p> <p>1- Promover a aceitação do plano de intervenção socio-organizacional</p> <p>2- Promover o envolvimento e participação de todos os níveis da organização</p>	<p>1. envolver todos os profissionais de todas as áreas organizacionais</p> <p>2. explicitar os atributos e as vantagens do plano de intervenção</p>	<p>Resultados de percepção da qualidade organizacional</p> <p>Satisfação dos profissionais</p>	<p>Explicitar a natureza da intervenção e as suas finalidades com ganhos para a instituição, conseguindo por este meio a adesão dos órgãos de gestão de cúpula, gestores intermédios e operacionais (gestão macro, micro e operacional)</p> <p>Discussão à volta das vantagens da intervenção para os elementos da população alvo em contexto específico</p> <p>Seminário sobre o modelo de gestão holístico</p> <p>Desenvolver reuniões parciais</p>	<p>Recolha de informação no final das reuniões de forma a permitir uma síntese avaliativa em função da opinião dos participantes dos diversos níveis</p> <p>- Instrumento - Ficha de relato para exprimir o grau de clarificação sobre os objectivos e as actividades realizadas e a convicção que têm em relação à acção futura do projecto</p>	<p>Obter uma população alvo suficientemente significativa para justificar a intervenção que as pessoas estão convictas da finalidade do projecto de intervenção dos seus benefícios práticos e possibilidade de aplicação</p>	<p>Capital intelectual</p> <p>Capital relacional</p> <p>Capital material</p>
<p>Formação</p> <p>Desenvolver competências de aprendizagem no contexto dos programas de acção partilhado: pessoais técnicas e metodológicas para ter capacidade de conceptualização: análise crítica</p>	<p>1. proporcionar o aprofundamento do debate sobre a terminologia, os conceitos e os métodos de abordagem do modelo holístico de gestão</p> <p>2. proporcionar informações que permita aos profissionais desenvolver uma atitude crítica e isenta na análise das situações e problemas de ocorrência no quotidiano dos centros de saúde</p>	<p>Competências pessoais e profissionais de um desempenho de excelência, coerente com o modelo que se preconiza e explicitado nas sugestões apresentadas</p>	<p>Formação teórica</p> <p>Formação prática</p> <p>Análise de casos</p> <p>Exercício de Benchmarking</p>	<p>Teste</p> <p>Elaboração de um projecto de modelo de gestão holístico</p>	<p>Competências das linguagens</p> <p>Competências conceptuais</p> <p>Competências metodológicas</p> <p>Competências pessoais relacionais</p>	<p>Material para desenvolver as actividades pedagógicas (Sala com equipamento multimédia</p> <p>Recursos Humanos</p> <p>Recursos materiais</p> <p>Disponibilidade dos formandos para um percurso temporal consistente</p> <p>Perceber que a mudança é bem aceite no contexto da sua prática</p>
<p>Investigação</p> <p>Avaliar e monitorizar as alterações do comportamento, atitudes e práticas organizacionais</p>	<p>Verificar se o programa está a ser cumprido de acordo com o planeado e em função da finalidade</p>	<p>Satisfação dos utentes e dos profissionais e exemplos de boas práticas (início, fim)</p>	<p>Definição da sequência das actividades de monitorização em diversos momentos do processo.</p>	<p>Escala de avaliação da satisfação de profissionais e utentes</p> <p>Grelha de observação de boas práticas</p>	<p>Desenvolvimento de competências no quadro dum novo modelo de acção</p>	<p>Instrumentos de medida, de análise, e discussão de resultados pertinentes</p> <p>Recursos humanos</p> <p>Recursos materiais</p>

II – Plano de Acção de Formação

1. Fundamentação

A oferta da presente acção de formação pretende contribuir para o aprofundamento da capacidade de análise crítica dos Profissionais de Saúde sobre as estruturas organizacionais e os modelos de gestão em desenvolvimento nas organizações de saúde públicas. Neste sentido, constituem objectivos gerais da acção de formação:

1 - Proporcionar aos profissionais de saúde dos centros de saúde um debate alargado sobre a terminologia, os aspectos conceptuais e as problemáticas em torna das estruturas organizacionais e dos processos de gestão que caracterizam as organizações de saúde públicas;

2 - Proporcionar informações úteis que permitam aos profissionais de saúde o desenvolvimento de competências que contribuam para uma participação activa no processo de mudança de um modelo de gestão tradicional para um modelo holístico de gestão.

2. Objectivos específicos:

Pretende-se que no termo da acção de formação os profissionais tenham atingido os seguintes objectivos:

1 – Dominar os conceitos e metodologias essenciais para as práticas de organização e gestão dos centros de saúde, segundo os paradigmas de gestão emergentes;

2 – Entender os aspectos fundamentais do funcionamento das organizações de saúde e as suas implicações na qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos;

3 – Saber aplicar os conhecimentos aprendidos na resolução das situações reais do quotidiano.

3. Destinatários:

Profissionais de Saúde dos três Centros de Saúde em estudo.

4. Organização da acção de formação:

Conteúdos programáticos:

1. Noções de gestão das organizações de saúde – o caso dos Cuidados de Saúde Primários

1.1 Diagnóstico da situação

1.2 Planeamento

1.3 Definição de missão, objectivos e visão

1.4 Gestão tradicional *versus* Gestão holística:

1.4.1 Os recursos humanos como a base de sustentabilidade do sistema

1.4.2 O papel dos actores na organização e gestão dos serviços de saúde

1.4.3 O desenvolvimento organizacional baseado na gestão e partilha do conhecimento

2. Liderança

Modelos de liderança:

Liderança transformacional *versus* liderança transaccional

O papel do líder no modelo holístico de gestão

3. Gestão de recursos humanos: a inovação e a aprendizagem como requisitos

4. O papel dos clientes/utentes

5. Relação entre meios e resultados

6. A importância da investigação

7. O benchmarking como ferramenta de gestão:

7.1 O benchmarking interno como processo de auto-avaliação

7.2 O benchmarking externo como processo de desenvolvimento organizacional

5. Desenvolvimento da acção de formação:

A formação será composta por módulos, com um máximo de 20 formandos por módulo, sendo o número de módulos determinado pelo número de profissionais inscritos.

A integração dos candidatos nos módulos será feita com base nos resultados de uma ficha de avaliação com carácter de diagnóstico, contendo algumas questões relativas aos temas a leccionar, distribuída previamente aos profissionais inscritos.

A formação contará com uma componente teórica e uma componente teórico-prática e decorrerá em horário laboral das 9,00 H às 12,00 Horas e das 14.00H às 17,00H

6. Duração:

Cada módulo terá a duração de 90 horas repartidas por 15 sessões de 6 horas cada

Avaliação:

Privilegiar-se-á a avaliação contínua, sendo complementada com a avaliação sumativa por meio da realização de um teste de avaliação de conhecimentos e a elaboração de um projecto de modelo holístico de gestão (trabalho de grupo).

Bibliografia

- AAVV (2000) **Grande Dicionário Enciclopédico**, Tomos I – XV, Lisboa: Clube Internacional do Livro
- ALMEIDA, Fernando N. (1995) **Psicologia para gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações**, Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Ld.^a
- ANTUNES, José L. (1991) **Hospital: Instituição e história social**, São Paulo: Letras e Letras
- ARNETZ, Bengt B. (1999) “Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care”, **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 11, Number 4:345-351, Oxford: International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press
- BANK, John (1992) **The Essence of Total Quality Management**, London: Prentice-Hall International Inc.
- BANTA, H. David (1986) “What is Health care?” In Steven Jones (Ed.) **Care Delivery in the United States**, 3rd ed.: 12-34, New York: Springer
- BARÇANTE, Luís C.; CASTRO, Guilherme (1995) **Ouvindo a Voz do Cliente Interno**, Rio de Janeiro: Qualitymark Ed.
- BELL, Judith (2002) **Como realizar um Projecto de Investigação**, Lisboa: Gradiva
- BLAKE, Robert; MOUTON, Jane S. (1964) **The managerial grid**, Houston: Text Gulf Publishing
- BLUMENTAL, D. (1996) “Quality of Health Care – Part I: Quality of care What is it?” **The New Journal of Medicine**, 335: 891 - 894
- BROOK, Robert H. et al (2000) “Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers” **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 12, Number 4:281-295, Oxford: International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press
- BROWN, S. ; MCINTYRE, D (1981) “An action-research approach to innovation in centralized educational systems” **European Journal of Science Education**, Volume 3, Number 3: 243-258
- CABRAL, Manuel V. et al (2002) **Saúde e Doença em Portugal**, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

- CALDER, B.J. (1977) "An attribution theory of leadership" In B.M. Staw e G.R. Salancik (Ogr.) **New directions in organizational behaviour**, Chicago: St. Clair Press
- CAMP, Robert C. (1989) **Benchmarking the search for industry best practices the lead to superior performance**, London: ASQC Quality Press
- CAMPOS, António C. (2001) "A batalha da Qualidade" **Qualidade em Saúde**, nº. 5: 3-8, Lisboa: Instituto da Qualidade na Saúde
- CARAÇA, Maria L. (2002) **Avaliação da Qualidade nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CATs) da Área de Lisboa e Vale do Tejo: Satisfação de Utentes e Satisfação de Profissionais** (Dissertação de Mestrado)
- CARAPINHEIRO, Graça (1998) **Saberes e Poderes no Hospital**, Porto: Edições Afrontamento, Lda.
- CARMO, Hermano (1998) **Metodologia de Investigação Guia para a Auto-Aprendizagem**, Lisboa: Universidade Aberta
- CARVALHO, João M. S. (2005) **Organizações não lucrativas**, Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- CASTRO, Janice D. (2002) "Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais" **Dossier Sociologias**, nº. 7: 122-135, Porto Alegre
- CERVO, Amado L. (1983) **Metodologia Científica**, 3ª. ed., São Paulo: McGraw-Hill
- CRAVEIRO, Ana C. (2000) **Comissões de acompanhamento externo de serviços de saúde: que contributo para o empowerment dos cidadãos?**, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
- CROSBY, Philip B.(1980) **Quality is free: the art of Making Quality Certain**, New York: New American Library, Mentor
- CRUZ, Carlos V.; CARVALHO, Óscar (1992) **Qualidade – Uma Filosofia de Gestão**, Porto: Texto Editora
- DAGEN, Nadéije L. et al (2000) **Memória do Mundo: das origens ao ano 2000**, Lisboa: Printer Portuguesa, Ind. Gráfica, Lda.
- DALE, Barrie; COOPER Cary (1992) **Total Quality and Human Resources**, Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- DAVIS, Elaine R. (1992) **Total Quality Management for Home Care**, Maryland: ASPEN Publisher, Inc.

- DEMING, W. (1986) **Out of the crisis**, Cambridge: MIT Centre for Advanced Engineering Study
- DONADEBIAN, Avedis (1980) **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**, Vol. I, Ann Arbor: Health Administration Press
- DOWNIE, R.S. et al (1997) **Health Promotion Models and Values**, New York: Oxford University Press Inc.
- DRUCKER, Peter F. et al (1998) **A Organização do Futuro**, Mem Martins: Publicações Europa – América
- DRUCKER, Peter F. (2002) **O melhor de Peter Drucker**: Obra completa: S. Paulo: Câmara Brasileira do Livro
- ESCOVAL, Ana Maria (2003) **Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização. Factores Críticos do Contexto Português**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Doutoramento)
- FERREIRA, Paulo A. (2000) **Satisfação Profissional da População dos Enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra**, Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos (Dissertação de Mestrado)
- FERREIRA, Pedro L. (1999) **A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. Questionário EUROPEP**: Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Sub-Direcção Geral para a Qualidade
- FERREIRA, Pedro L.; LOURENÇO, Óscar D. (2003) “Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade”, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume Temático, 3: 81-91, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
- FERREIRA, Pedro L. et al (2003) **Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados**, Lisboa: Edição Instituto do Consumidor
- FORTIN, Marie F. (1999) **O Processo de Investigação**, Loures: Lusociência
- FORTUNA, Ana M. et al (2001) “Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia”, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume 19, N.º 2, 55 – 73, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

- FREDERICO, Manuela (2000) **Princípios de Economia da Saúde**, Coimbra: Editor Formasau - Formação e Saúde Lda.
- FRIEDSON, E. (1970), **Professional Dominance: The social Structure of Medical Care**, New York: Atherton Press
- GARVIN, Charles D.; TROPMAN; John E. (1992) **Social Work in Contemporary Society**, Englewood Cliffs: Prentice-Hall International, Inc.
- GARVIN David A. (1993) **Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge**, New York: The Free Press (1.ª edição 1987)
- GARVIN David A. (1992) **Operations Strategy: Text and Cases**, London: Prentice-Hall International, Inc.
- GIL, António C. (1989) **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 2ª. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GILLIES, Alan (1997) **Improving the Quality of Patient Care**, Chichester: Wiley
- GRAÇA, Luís; SÁ, Edmundo (1997) **Avaliação da satisfação profissional do pessoal dos Centros de Saúde**, Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo. Sub-Região de Saúde de Beja
- GUERRA, Isabel C. (2002) **Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais**, Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas
- GUIMARÃES, Rui C.; CABRAL, José A. S. (1997) **Estatística – Edição Revista**, Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- HESPANHOL, Alberto (2005) “A imagem dos Serviços de saúde e dos médicos de Família em Portugal” **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Vol. 21 N.º 2: 185-191, Lisboa: Publisaúde – Edições Médicas Ld.ª
- HILL, Manuela M.; HILL, Andrew (2002) **Investigação por Questionário**, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- IMPERATORI, Emílio (1999) **Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde**, Lisboa: Edições Edinova
- JESUÍNO, Jorge C. (1999) **Processos de Liderança**, Lisboa: Livros Horizonte
- JURAN, J.M. (1988) **Quality Control Handbook**, New York: MacGraw-Hill
- JURAN, J. M. (1989) **Leadership for Quality: An executive Handbook**, New York: The Free Press

- JURAN, J.M. e GRAYNA, Frank M. (1990) **Juran Controle da Qualidade Handbook: Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade**, S. Paulo: Editora McGraw-Hill, Ltda. e Makron Books do Brasil Editora Ltda.
- KARLÖF Bengt; ÖSTBLÖM, Svante (1993) **Benchmarking: um marco para a excelência em qualidade e produtividade**, Lisboa: Publicações D. Quixote
- LISBOA, João; et al (2004), **Introdução à Gestão de Organizações**, Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Editor Vida Académica
- LOPES, Noémia M. (2001) **Recomposição Profissional da Enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar**, Coimbra: Quarteto Editora
- MACEDO Natália; MACEDO, Victor (2005) **Gestão Hospitalar: Manual Prático**, Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda
- MCINTYRE, Teresa M. et al (1999) **Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU)**, Porto: Administração Regional de Saúde do Norte
- MCINTYRE, Teresa M. et al (2002) **A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação**, Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente; CCRN – Comissão de Coordenação da Região do Norte
- MEZOMO, João C. (1991) “Cuidados de Saúde com Qualidade” **Revista Hospitalar Administração e Saúde** Vol 15 N.º5: 192-196
- MINTZBERG, Henry (1995) **Estrutura e Dinâmica das Organizações**, Lisboa: Dom Quixote
- MORGAN, Gareth (1996) **Imagens da Organização**, S. Paulo: Editora Atlas S.A.
- MOUTON, Jane S; BLAKE, Robert (1985) **The Managerial Grid III: The Key to Leadership Excellence**, Houston: Gulf Publishing Co.
- NEVES, Arminda (2002) **Gestão na Administração Pública**, Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- OLIVA, Flávio A.; BORBA, Valdimir R. (2004) **BSC – Balanced Scorecard: Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares**, S. Paulo: Iátria
- PATTERSON, James G. (1996) **Benchmarking Basics – Looking for a better way**, New York: Crisp Publications, Inc.

- PEREIRA, Luís F. (2003) “Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde” **Qualidade em Saúde**, n.º 7: 3 – 8, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde
- PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. (2003) **Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS**, Lisboa: Edições Sílabo
- PIRES, António R. (2000) **Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade**, Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- PISCO, Luís (2001) “Perspectivas sobre a Qualidade em Saúde” **Qualidade em Saúde**, n.º 5: 4 – 6, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde
- PISCO, Luís (2004) **MoniQuOr 2004: Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**, 4 – 6, Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde
- POLIT, Denise; UNHGLER, Bernardete (1987) **Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud**, 2ª Ed., México: Interamericana
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc (1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva
- RAMOS, Francisco M. (2004) “Metodologia de Investigação” (Apontamento das Aulas) Universidade de Évora/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (policopiado)
- REGO, Arménio (2002) **Comportamentos de Cidadania nas Organizações**, Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal Lda
- REINHARDT, Uwe E. (1998) “Quality in consumer-driven health systems” **International Journal for Quality in Health Care**; Volume 10 Number 5: 385-394, New Jersey: Woodrow Wilson School of Public and International Affairs and Department of Economics, Princeton University
- REIS, Eduardo et al (1990) “Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas” **Cadernos de Saúde Pública** Vol. 6 N.º1: 50-61
- REIS, Elizabeth (2001) **Estatística Multivariada Aplicada**, Lisboa: Edições Sílabo
- RODRIGUES João et al (1998) **Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**, Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- RODRIGUES, Manuel et al (2005) **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Formadores da Saúde**, Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.

- SAKELLARIDES, Constantino (2003) “Prefácio” **Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados**, iii – iv, Lisboa: Edição Instituto do Consumidor
- SAKELLARIDES, Constantino (2004) “Políticas de Qualidade e Práticas de Inovação em Saúde”. (Apontamentos das aulas), Évora: Universidade de Évora/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (policopiado)
- SALE, Diana (1998) **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os Profissionais da Equipa de Saúde**, Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas
- SAMUELSON, Paul A.; NORDHAUS, William D. (2005) **Economics**, New York: eight edition, McGraw-Hill International
- SANTANA, Paula (1993) **Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde: Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde**, Coimbra, CCRC – Comissão de Coordenação da Região Centro. Administração Regional de Saúde do Centro (Tese de Doutoramento)
- SERRANO, António; FIALHO, Cândido (2003) **Gestão do Conhecimento: O novo paradigma das organizações**, Lisboa: FCA – Editora de Informática
- SERRÃO, Daniel et al. (1998) **Recomendações para uma reforma estrutural**, Lisboa: Conselho de reflexão sobre a saúde
- SHEWART, Walter (1986) **Economic Control of Quality of Manufactured Product**, Washington, DC: CEEP Press
- SHORTELL, Stephen M. (2004) “Increasing Value: A Research Agenda for Addressing the Managerial and Organizational Challenges Facing Health Care Delivery in the United States” **Medical Care Research and Review**, Volume 61 Number 3 (Supplement to September 2004), 12S-30S, London: Sage Publications
- SILVA, Carlos Alberto da (1996) **Centros de Saúde: Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional. Estudo do Caso de Três Centros de Saúde do Distrito de Beja**, Évora: Universidade de Évora (Dissertação de Mestrado)
- SILVA, Carlos Alberto da (2001) **(Re)pensar os Paradoxos da Participação Directa e suas implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Évora: Universidade de Évora (Tese de Doutoramento)

- SILVA, Carlos Alberto da (2002) “Tendências e Mudanças em Análise Organizacional” (Comunicação apresentada nas IV Jornadas do Departamento de Sociologia), Évora: Universidade de Évora (policopiado)
- SILVA, Carlos Alberto da (2003) **ABC do SPSS for Windows – Introdução ao Tratamento de Dados em Ciências Sociais**, Monsaraz: Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz
- SILVA, Carlos Alberto da (2004) “Sociologia das Organizações” (Apontamento das aulas), Évora: Universidade de Évora/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (policopiado)
- SOUSA, António (2002) **Introdução à Gestão: Uma Abordagem Sistémica**, Lisboa: Editorial Verbo
- TAGUCHI, G (1986) **Introduction to Quality Engineering**, Dearborn, Michigan: Asian Productivity Organization
- TEIXEIRA, Sebastião (1998) **Gestão das Organizações**, Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal
- TERRIS, M (1965) “Approaches to an Epidemiology of Health”, **American Journal of Public Health**, Volume 65 Number 10: 10-38
- UVA, António S.; FARIA, Mário (1992), **Riscos Ocupacionais em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde**, Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos: Edição conjunta
- VALA, Jorge et al (1998) “Os determinantes da satisfação organizacional: confronto de modelos” **Revista Análise Psicológica** Volume 6 n° 3: 105-117
- VALA, Jorge; MONTEIRO, B (1998) **Psicologia Social**, 3.ª edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- ZORRINHO, Carlos et al (2003) **Gerir em Complexidade: Um Novo Paradigma da Gestão**, Lisboa: Edições Sílabo Lda.

OUTRAS FONTES:

Organizações

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (2005) “A Região de Saúde do Centro: Diagnóstico de Situação”: 2-17, Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro (Policopiado)

COMITÉ PERMANENTE DOS HOSPITAIS DA UNIÃO EUROPEIA (2000) **A qualidade dos cuidados de saúde/Actividade Hospitalar**, Leuven: Comissão Permanente dos Hospitais da União Europeia, ISBN D/2000/6744/01

ENGLAND. NATIONAL HEALTH SERVICE: (2002) **Modernising Supply in the NHS**, London: NHS Purchasing and Supply Agency :

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (1999) **Health Care Systems in Transition. Portugal**, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2005). “Qualidade Organizacional em Análise: Especial MoniQuOR 2004” **Qualidade em Saúde**: 4-47, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, Editor Luís Pisco

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004) **Anuário Estatístico da Região Centro – 2003**, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (2000) **The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in New Europe**, Brussels – Luxembourg: European Commission

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2002) **Relatório da Primavera: o estado da saúde e a saúde do Estado**, Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) **Relatório da Primavera: Saúde que rupturas?**, Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978) **Metas da Saúde para todos no ano 2000 – Perspectiva Geral**, Lisboa: Organização Mundial de Saúde

- ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT
(2004) **Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project**,
Paris: OECD Publications
- PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) **Estatísticas. Doenças de
Declaração Obrigatória 1998-2002 Regiões e Sub-Regiões de Saúde no
Continente, Regiões Autónomas**, Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Direcção de
Serviços de Informação e Análise. Divisão de Epidemiologia
- PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) **Elementos Estatísticos:
Informação Geral: Saúde 2002**, Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Direcção de
Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística
- PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) **Centros de Saúde e
Hospitais: Recursos e Produção do SNS: Ano de 2003**, Lisboa: Direcção Geral
de Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) **Saúde um Compromisso. A
estratégia de saúde para o virar do século -1998-2000**, Lisboa: Ministério da
Saúde
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001)
Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde, Lisboa:
Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) **Avaliação e Monitorização da
Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**, Lisboa: Instituto da Qualidade
em Saúde, Editor Luís Pisco
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004)
Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Prioridades, Vol.
I, Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004)
**Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: Orientações
Estratégicas**, Vol. II, Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (s.d) “3.º Quadro Comunitário de Apoio
2000-2006. Programa Operacional Saúde XXI. Promover a Saúde. Melhorar o
Acesso. Reforçar as Parcerias”:1-34, Lisboa: Ministério da Saúde (Policopiado)

- PORTUGAL. PARLAMENTO (2001) **Programa de Estabilidade e Crescimento: Atualização para o Período 2002-2005**, Lisboa: Ministério das Finanças
- UNITED NATIONS (1948) “Universal Declaration of Human Rights”, New York: United Nations Department of Public Information
- UNITED NATIONS (1992) “Report of the United Nations Conference on Environment and Development: Rio Declaration on Environment and Development”, New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948) “Constitution of the World Health Organization”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978) “Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) “Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988) “Second International Conference on Health Promotion”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1991) “Third International Conference on Health Promotion”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997) “Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century: Fourth International Conference on Health Promotion”, Geneva: World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) “The Fifth Global Conference on Health Promotion: Health Promotion: Bridging the Equity Gap”, Geneva: World Health Organization (policopiado)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) **World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Geneva: World Health Organization

Internet

GLUCK, M. G., and RENO, V. (2001) "Reflections on Implementing Medicare"

Washington, DC: National Academy of Social Insurance <http://www.medicare.gov>

HARRIGAN, MaryLou (1999) "Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement", Vancouver: Harrigan Consulting

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/quest.pdf>

MCKAY, Neil (2000) "Improving Quality and Performance in the New NHS: NHS Indicator Project", London: Department of Health

<http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators>

VILLALOBOS, Joel Ortega (1998) "Los antecedentes de la medicina laboral" La nueva revista de Medicina y Salud en Internet: MedSpain <http://www.medspain.com>

PORTUGAL. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2005) IV Revisão da Constituição da República Portuguesa <http://www.presidenciarepublica.pt/pt/republica/constituicao>

Legislação

DIÁRIO DO GOVERNO N.º 228 de 27 de Setembro de 1971 (I Série)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 214 de 15 de Setembro de 1979 (I Serie)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 96 de 27 de Abril de 1983 (I Série)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 195 de 24 de Agosto de 1990 (I Série)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 12 de 15 de Janeiro de 1993 (I Série-A)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 153 de 2 de Julho de 1993 (I Série-A)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 98 de 27 de Abril de 1999 (I Série-B)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 259 de 8 de Novembro de 2003 (I Série-A)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 134 de 8 de Junho de 2004 (I Série-A)

Imprensa Diária

Jornal O Público, “Opinião” 5 de Janeiro de 2005

ANEXOS

Exmº. Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde de Coimbra
Coimbra

Alzira Martins Sequeira Lopes, moradora na Avenida Calouste Gulbenkian nº. 47 – 2º.
C 3000-092 Coimbra, aluna do segundo ano do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde: Políticas de Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, encontrando-se em fase de elaboração da tese de mestrado na área da “Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Projectos de Prevenção da doença, da Promoção e Educação para a Saúde”, solicita a V.Exª. se digne autorizar a recolha de dados relativos à temática atrás referida em três Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde que V.Exª. superiormente coordena, com a garantia e o compromisso do mais rigoroso sigilo dos dados que forem recolhidos e da preservação do bom nome das instituições que fornecerem os dados.

Pede Deferimento,

Coimbra, 11 de Fevereiro de 2005

A Mestranda,



(Alzira Martins Sequeira Lopes)



Ministério da Saúde



SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE COIMBRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARS
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
DO CENTRO

2005-04-07 10:40:00

Ex.ma Senhora
Dra. Alzira Martins Sequeira Lopes
Av. Calouste Gulbenkian, n.º 47-2ºC

3000-092 COIMBRA

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

ASSUNTO: **Autorização Recolha de Dados**

Relativamente ao requerimento por V. Ex. para autorização de colheita de dados, com vista ao Estudo sobre "Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Projectos de Prevenção da doença, da Promoção e Educação para a Saúde" informa-se que, por Despacho de 06/04/05, do Senhor Coordenador desta Sub-Região de Saúde, o mesmo foi autorizado com as condições acordadas nomeadamente, adesão voluntária dos profissionais e conhecimento dos resultados do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Supervisora

(Celeste Martins da Fonseca)

MF/MF


Na resposta indicar as referências deste ofício

Exmº. Senhor Presidente do Conselho de Administração da Região de Saúde do Centro
Sr. Dr. Fernando Carlos Branco Marques de Andrade
Alameda Júlio Henriques, 3000 – 457
Coimbra

Alzira Martins Sequeira Lopes, portadora do BI nº. 4070865, moradora na Alameda Calouste Gulbenkian, nº. 47 – 2º. C 3000-092, em Coimbra, aluna do 2º. Ano do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde: Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, encontrando-se em fase de elaboração da dissertação de mestrado, que versa sobre a problemática da Qualidade dos Serviços de Saúde, sob a orientação do Exmº. Senhor Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, docente naquela Universidade, solicita a V.Exª. se digne autorizar a recolha de dados que permitam a caracterização da Região de Saúde do Centro, no que concerne aos recursos de Saúde e aos problemas de saúde existentes na Região.

Pede deferimento,

Coimbra, 9 de Março de 2004

A mestrande,

(Alzira Martins Sequeira Lopes)

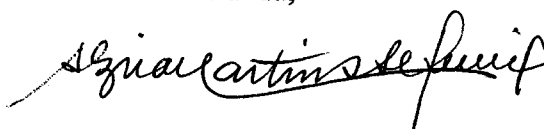
Exmº. Senhor Director do Instituto da Qualidade em Saúde
Edif. Centro de Saúde Sete Rios, 4º piso
Largo Prof. Arnaldo Sampaio
1500-498 Lisboa

Alzira Martins Sequeira Lopes, portadora do BI nº. 4070865, moradora na Alameda Calouste Gulbenkian, nº. 47 – 2º. C 3000-092, em Coimbra, aluna do 2º. Ano do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde: Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, encontrando-se em fase de elaboração da dissertação de mestrado sob a orientação do Exmº. Senhor Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, e que versa sobre a problemática da Qualidade dos Serviços de Saúde, solicita a V.Exª. se digne autorizar o uso do questionário MONIQUOR, como instrumento de recolha de dados, para aplicar em três Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Pede deferimento,

Coimbra, 9 de Março de 2004

A mestranda,



(Alzira Martins Sequeira Lopes)



Instituto da Qualidade em Saúde

Exm^a Senhora

Alzira Martins Sequeira Lopes

Alameda Calouste Gulbenkian nº 47-29 C

3000-092 Coimbra

VOSSA REFERÊNCIA

Ofício nº	Data
Processo	

NOSSA REFERÊNCIA

Ofício nº	Data
Processo	

2005-03-16 000134

Assunto:

Utilização de Questionário MONIQUOR

Relativamente ao pedido efectuado na sua carta de 9 de Março, informamos, que nada temos a opor à utilização do questionário Moniquor para o uso em questão.

Desejando os maiores êxitos para o trabalho, apresento cumprimentos

Luís Pisco, Dr
Director

AOS PROFISSIONAIS de SAÚDE do CENTRO de SAÚDE

O questionário MoniQuOR que a seguir apresento, integra-se num estudo sobre a Qualidade Organizacional dos Serviços de Saúde, inserido no Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde: Políticas de Gestão e Administração dos Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

Peço-lhe que responda com a maior exactidão possível a todas as questões, pois as suas informações são essenciais para o êxito deste trabalho.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, por favor, faça uma leitura atenta das instruções que se seguem:

i) - Responda às questões, assinalando com uma cruz (X), de modo perceptível, a resposta que melhor se ajusta ao seu grau de concordância/opinião em relação a cada uma das proposições. Não escreva qualquer comentário ou anotação no questionário.

ii) – Assinale uma só opção de resposta por cada pergunta.

iii) – As opções de resposta são as seguintes:

1 = Não realizado

2 = Parcialmente realizado

3 = Quase realizado

4 = Totalmente realizado

Todas as informações são confidenciais.

Apesar da importância de que se reveste a colaboração de cada profissional deste Centro de Saúde para o êxito do meu trabalho, está salvaguardada a adesão voluntária de cada profissional.

Grata pela sua preciosa colaboração,

Alzira Martins Sequeira Lopes

MoniQuOR . CS - Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde
1 – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

1.1 – Planeamento de Actividades

1.1.1 – Plano de actividades com objectivos realizáveis, exequíveis e quantificados, baseados nas necessidades da população.

A - Existe diagnóstico de situação actualizado.	1	2	3	4
B – Existe plano de actividades do presente ano.	1	2	3	4
C – No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade, e a continuidade de cuidados.	1	2	3	4
D – O plano de actividades é baseado nas necessidades da população e tem objectivos quantificáveis a curto e médio prazo. (<i>Ex. percentagem de redução de situações problema, aumento de taxas de cobertura e períodos para serem atingidas</i>).	1	2	3	4
E – Existe relatório de actividades do ano transacto.	1	2	3	4

1.1.2. Os Órgãos de Gestão envolvem os profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição de objectivos assim como na gestão.

A – Na elaboração do plano de actividades participam os diferentes grupos profissionais (<i>Médicos, Enfermeiros e Administrativos</i>).	1	2	3	4
B – Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração.	1	2	3	4
C – Os profissionais têm conhecimento dos principais objectivos do plano de actividades.	1	2	3	4
D – Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área.	1	2	3	4
E – Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos.	1	2	3	4

1.2 – Trabalho em Equipa

1.2.1. O trabalho de equipa é fundamental para a prestação de cuidados globais, continuados e eficientes.

A – O Centro de Saúde está organizado em equipas multidisciplinares.	1	2	3	4
B – Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa (<i>Ex.: cuidados a diabéticos, acamados, vigilância de saúde infantil</i>).	1	2	3	4
C – Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções.	1	2	3	4
D – Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa.	1	2	3	4
E – A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares.	1	2	3	4
F – Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas (<i>Ex. Diabetes, Vigilância de Saúde Materno-Infantil, Planeamento familiar, etc.</i>).	1	2	3	4
G – Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções ou procedimentos.	1	2	3	4

1.2.2. O Centro de Saúde promove iniciativas que reforçam o espírito de equipa.

A – Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições.	1	2	3	4
B – São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do Centro de Saúde. (<i>Ex. Natal, aniversários, etc.</i>).	1	2	3	4
C – É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho. (<i>Ex. almoço ou jantar semestral ou anual de todos os funcionários, promoção ou participação em iniciativas desportivas a nível local ou nacional</i>).	1	2	3	4

1.3. Gestão de Recursos

1.3.1. O Centro de Saúde dinamiza e rentabiliza fontes de receita próprias.

A – O Centro de Saúde teve os recursos financeiros suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto.	1	2	3	4
B – Existe orçamento relativo às actividades do presente ano.	1	2	3	4
C – É feita uma cobrança efectiva das fontes de receita (<i>Ex. Seguros, subsistemas, etc.</i>).	1	2	3	4
D – Existem protocolos com instituições ou empresas para troca de serviços (<i>Ex. Companhias de Seguros</i>).	1	2	3	4
E – Houve candidatura de algum projecto a financiamento externo (<i>Bolsas, prémios, etc.</i>).	1	2	3	4
F – Foi feito no último ano algum investimento no Centro de Saúde utilizando receitas próprias	1	2	3	4

1.3.2. O Centro de Saúde possui os recursos humanos indispensáveis à execução do seu plano de actividades.

A – O quadro do Centro de Saúde está completo.	1	2	3	4
B – O Centro de Saúde teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto.	1	2	3	4
C – Todos os utentes inscritos no Centro de Saúde estão integrados em listas de Médicos de Família.	1	2	3	4

2 – DIREITOS DOS CIDADÃOS

2.1. Assegurar os direitos dos cidadãos no Serviço de Saúde.

A – Estão afixados no Centro de Saúde os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde (<i>Base XIV–Estatuto dos utentes, ou outras OMS, DGS, etc.</i>).	1	2	3	4
B – Existe “Gabinete do Utente” com horário expresso.	1	2	3	4
C – Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos utentes.	1	2	3	4
D – Existe livro de reclamações disponível e acessível.	1	2	3	4
E – É dada resposta a todas as reclamações, no prazo de 1 mês.	1	2	3	4
F – Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros, queixas dos utentes.	1	2	3	4

2.2. Atendimento dos utentes com dignidade e privacidade.

A – Os cidadãos escolhem livremente o seu médico de acordo com a sua preferência (<i>limitado pelos recursos humanos e técnicos existentes</i>).	1	2	3	4
B – É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de médico.	1	2	3	4
C – O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada.	1	2	3	4
D – O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação. (<i>devendo sempre dar consentimento por escrito antes que lhe seja aplicado qualquer tipo de terapia ou estudo nesse âmbito</i>).	1	2	3	4
E – O doente recebe informação prévia (<i>antes de entrar no consultório</i>) podendo ou não aceitar participar no ensino médico.	1	2	3	4
F – É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções.	1	2	3	4
G – Existe protocolo de acompanhamento de doentes terminais.	1	2	3	4

4.2. Cuidados domiciliários

A – Existe possibilidade de obter cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio num prazo razoável. <i>(Explicitado pelo Centro de Saúde).</i>	1	2	3	4
B – Existem critérios escritos sobre a marcação e prioridades no atendimento domiciliário que são compreendidos pelos funcionários <i>(médicos, enfermeiros e administrativos)</i> e utentes. <i>(Ex. doentes terminais, acamados, portadores de déficits motores graves ou doenças agudas incapacitantes.).</i>	1	2	3	4
C – Existem programas de apoio domiciliário prestados em equipa aos doentes acamados.	1	2	3	4
D – Existe transporte disponível para as visitas domiciliárias.	1	2	3	4
E – Existem “malas” de material médico e de enfermagem para as visitas domiciliárias.	1	2	3	4

4.3. Continuidade e Integração de Cuidados.

A – Em caso de ausência <i>(férias, formação, doença, etc.)</i> , é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto.	1	2	3	4
B – São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituição.	1	2	3	4
C- Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados. <i>(Ex. antecedentes patológicos e sociais relevantes, o motivo do envio, dados da observação e tratamento, etc.).</i>	1	2	3	4
D – O Médico de Família é incentivado <i>(Ex. no horário de trabalho estão tempos destinados para esse efeito)</i> a visitar os seus doentes durante o internamento Hospitalar, possibilitando a discussão das situações clínicas com os médicos hospitalares.	1	2	3	4
E – Na referenciação aos cuidados secundários todo o processo de marcação de consulta é efectuado e controlado pelo Centro de Saúde.	1	2	3	4
F – Existe monitorização do tempo de espera das consultas de referência.	1	2	3	4

4.4. Comunicação com os profissionais e utentes.

A – Existem reuniões multidisciplinares regulares <i>(mínimo de 9 por ano)</i> para discussão de questões clínicas e organizativas.	1	2	3	4
B – Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos.	1	2	3	4
C- São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis.	1	2	3	4
D – Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais. <i>(Ex. Boletim ou circulares ou placardes informativos).</i>	1	2	3	4
E- Existe informação escrita para os utentes <i>(folhetos, placards, etc.)</i> sobre o funcionamento dos serviços. <i>(Vacinas, serviço de enfermagem, serviços administrativos, articulação com outros serviços e como utilizá-los).</i>	1	2	3	4

4.5. Normas de orientação ou protocolos.

A – Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Centro de Saúde. <i>(Ex. higiene e segurança, referenciação, confidencialidade de informação e manutenção da cadeia de frio para as vacinas, etc.).</i>	1	2	3	4
B – Existem normas de orientação clínicas escritas (diagnóstico, tratamento e seguimento) orientadas para problemas comuns de saúde. <i>(Ex. Saúde Materno-Infantil, Hipertensão e Diabetes, Doenças Cardiovasculares e Neoplásicas e outras patologias mais prevalentes).</i>	1	2	3	4
C – Estão escritas de forma clara e inteligível, são revistas regularmente, estão compiladas num manual e são acessíveis a todos.	1	2	3	4

4.6. Política de prescrição

4.6.1. Política de prescrição de fármacos

A – Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos incluindo relação custo-benefício.	1	2	3	4
B – Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos, incluindo o seu nível de participação.	1	2	3	4
C – É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde. <i>(Ex. trimestralmente).</i>	1	2	3	4
D – É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde. <i>(Ex. semestralmente).</i>	1	2	3	4

3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1. Política favorável à saúde.

A – O Centro de Saúde promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento das pessoas e instituições na promoção da saúde. (Ex. Apoia núcleos activos de Diabéticos, Alcoólicos anónimos, etc.).	1	2	3	4
B – O Centro de Saúde colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos, (Ex. Escolas, Lares, Autarquias, etc.).	1	2	3	4
C – O Centro de Saúde faz recolha de informação sobre a saúde da população e realiza a sua divulgação.	1	2	3	4
D – Há participação do Centro de Saúde em posturas municipais relacionadas com a saúde.	1	2	3	4
E – O Centro de Saúde tem intervenção na criação de ambientes saudáveis na comunidade. (Ex. Cantinas e refeitórios, Restaurantes, Escolas, Centros de dia, Locais de trabalho, Piscinas, Equipamentos desportivos, etc.).	1	2	3	4

3.2. Desenvolvimento de programas locais.

A – Existem actividades de educação para a saúde no Centro de Saúde dirigidas a grupos específicos. (Diabéticos, Hipertensos, Doenças Crónicas, Adolescentes, etc.).	1	2	3	4
B – O Centro de Saúde dispõe de material de divulgação (folhetos, brochuras, posters, vídeos, etc.) que disponibiliza sobre promoção da saúde e prevenção da doença.	1	2	3	4
C – Existe divulgação à população de informação relacionada com a promoção da saúde e a prevenção da doença. (Utilizando os meios de comunicação social, jornais, rádios locais).	1	2	3	4
D – O Centro de Saúde colabora com programas de saúde locais e regionais, que divulga adequadamente junto da população. (Ex. Prevenção do tabagismo, alcoolismo e doenças cardiovasculares, rastreios de cancro da mama e do colo do útero, etc.).	1	2	3	4

4 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

4.1. Acessibilidades

4.1.1. Obtenção atempada de cuidados e aconselhamento a todos os utentes.

A – Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes com situações agudas.	1	2	3	4
B – Os utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta no próprio dia ou num prazo máximo de 2 dias.	1	2	3	4
C – Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta. (Não significa a interrupção da consulta, podendo ser realizada em horário próprio).	1	2	3	4
D – Quando o Centro de Saúde não dispõe de atendimento durante 24 horas há orientações claras e visíveis (placards, folhetos, mensagem no atendedor de chamadas) sobre o local onde os utentes se devem dirigir.	1	2	3	4
E – Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico. (Ex. Doenças crónicas).	1	2	3	4

4.1.2. Sistema de marcação de consultas publicitado, adequado e flexível.

A – Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas (programadas, iniciativa do utente com ou sem carácter urgente) em cada consultório.	1	2	3	4
B – Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de marcação no próprio dia para situações consideradas urgentes.	1	2	3	4
C – Existe monitorização da demora na marcação de consultas.	1	2	3	4
D – Existe possibilidade de marcação de consultas, telefonicamente.	1	2	3	4
E – Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada.	1	2	3	4
F – Está explicitado pelo Centro de Saúde o tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta. (por exemplo 20 minutos).	1	2	3	4
G – Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta.	1	2	3	4

4.6.2. Política de prescrição de Elementos Complementares de Diagnóstico.

A – Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico, incluindo relação custo-benefício. (Ex. PSA, HIV, TAC, RMN, etc.).	1	2	3	4
B – Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico a grupos específicos. (Ex. Grávidas, Hipertensos, Diabéticos, Adultos saudáveis, etc.).	1	2	3	4
C – Existe monitorização da chegada de exames complementares anormais (laboratoriais, anatomopatológicos, etc.) com protocolo de convocação dos doentes.	1	2	3	4
D – É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição elementos complementares de diagnóstico. (Ex. trimestralmente).	1	2	3	4
E – É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do Centro de Saúde (Ex. semestralmente).	1	2	3	4

4.7. Registos Clínicos

4.7.1. Confidencialidade, acessibilidade, privacidade e segurança dos registos clínicos individuais ou familiares.

A- Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros (sem acesso ao público).	1	2	3	4
B – Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado (Médicos, Enfermeiros e Administrativos).	1	2	3	4
C – Os registos clínicos dos doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura.	1	2	3	4
D - A pedido do doente, é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro médico.	1	2	3	4
E – Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e o local para onde foi enviada.	1	2	3	4

4.7.2. Organização e Qualidade dos registos clínicos

A- Todos os profissionais utilizam os suportes de folha A4 como suporte de registo clínico.	1	2	3	4
B – Nos grupos de risco são utilizados os suportes de registo individual. (Planeamento Familiar, Saúde Materna ou Saúde Infantil).	1	2	3	4
C – O Centro de Saúde introduziu folhas de suporte para situações específicas. (Ex. Diabéticos, Hipertensos, Adolescentes, etc.).	1	2	3	4
D – Existe avaliação e monitorização da Qualidade dos registos clínicos. (Ex. anualmente).	1	2	3	4

5 – EDUCAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DA QUALIADE

5.1. Avaliação e monitorização da Qualidade.

A- Existem devidamente programadas actividades de Garantia da Qualidade.	1	2	3	4
B – Anualmente é feita a avaliação do Centro de Saúde e debatida com todos os profissionais.	1	2	3	4
C – Os programas de Garantia da Qualidade incluem avaliação do desempenho profissional. (Médicos, Enfermeiros, Administrativos).	1	2	3	4
D – Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.	1	2	3	4
E – Existe <i>feed-back</i> da informação aos profissionais dos diferentes sectores.	1	2	3	4

5.2. Avaliação da Satisfação dos Utentes.

A- Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos utentes.	1	2	3	4
B – Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.	1	2	3	4
C – Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes. (Ex. Caixa de sugestões, Questionários programados, Auscultação à Autarquia, etc.).	1	2	3	4
D – É dado conhecimento aos profissionais das causas da satisfação e insatisfação dos utentes. (Em reuniões multidisciplinares, relatórios, etc.).	1	2	3	4
E – Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos utentes.	1	2	3	4

5.3. Avaliação da Satisfação dos Profissionais

A- Existe avaliação e monitorização, pelo menos anual, da satisfação dos profissionais.	1	2	3	4
B – Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.	1	2	3	4
C – Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais.	1	2	3	4
D – Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais.	1	2	3	4

5.4. Formação Contínua Multiprofissional

A – Existe um plano anual de formação que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do serviço.	1	2	3	4
B – Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais.	1	2	3	4
C – Existe uma política explicitada de participação em acções de formação.	1	2	3	4
D – Existe mecanismo para partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação. (Ex. Reuniões clínicas e/ou multidisciplinares, relatórios escritos, etc.).	1	2	3	4
E – Existe Biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais. (Livros, revistas, jornais, vídeos, etc.).	1	2	3	4
F – Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos.	1	2	3	4
G – Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho. (Ex. Uma vez por semana, discussão de casos clínicos).	1	2	3	4
H – Existe informação acessível sobre oportunidades de formação. (Ex. Boletim de Serviço, placards).	1	2	3	4
I – Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua. (Ex. Hospitais, Universidades, Centros de Saúde, etc.).	1	2	3	4

5.5. Incentivos à investigação.

A – Existem projectos de investigação no corrente ano. (Autónomos ou em colaboração com outras Instituições).	1	2	3	4
B – Existem incentivos à actividade de investigação. (Ex. Acréscimo de horas para actividades não assistenciais).	1	2	3	4
C – Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano.	1	2	3	4

6 – INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

6.1. Identificação das Instalações, Serviços e Profissionais.

A – A localização do centro de Saúde está devidamente assinalada no exterior.	1	2	3	4
B – Há sinalização adequada (eventualmente com cores) à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício.	1	2	3	4
C – Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados.	1	2	3	4
D – Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis.	1	2	3	4
E – Todos os profissionais em contacto com o público (pessoal médico, de enfermagem, administrativo e auxiliar) utilizam cartão de identificação.	1	2	3	4

6.2- Instalações

6.2.1. Acessibilidade às Instalações.

A – Existem facilidades de acesso a deficientes. (Rampas para cadeiras de rodas, nos acessos aos consultórios e casas de banho, etc.).	1	2	3	4
B – Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde.	1	2	3	4
C – Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distância razoável do Centro de Saúde.	1	2	3	4

6.2.2. Áreas Específicas ao Desenvolvimento das Diferentes Actividades e Funções.

A – Existem salas de espera com ambiente acolhedor e acentos em número suficiente.	1	2	3	4
B – A área administrativa dispõe de espaço suficiente, e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal.	1	2	3	4
C – Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo.	1	2	3	4
D – Cada médico tem um gabinete individual.	1	2	3	4
E – Existe local próprio para tratamentos.	1	2	3	4
F – Existem espaços seguros para armazenamento. (Ex. medicamentos e vacinas, agulhas e seringas, dinheiro e valores, material de limpeza).	1	2	3	4
G – Existem instalações sanitárias adequadas, para pessoal e utentes, devidamente sinalizadas e de fácil acesso.	1	2	3	4
H – Existe sala de reuniões.	1	2	3	4

6.3. Equipamento

6.3.1 – Equipamento Informático

A – O centro de saúde dispõe de equipamento informático com o programa SINUS. (Sistema de Informação Nacional para Unidades de Saúde).	1	2	3	4
B – É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas e de enfermagem. (Ex. SICS, EMERIUS, Consultórios etc.).	1	2	3	4
C – Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático	1	2	3	4
D – Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede.	1	2	3	4

6.3.2 – Sistema de Comunicações

A – O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e utentes	1	2	3	4
B – Existe telefone em todos os gabinetes	1	2	3	4
C – O Centro de Saúde dispõe de um aparelho de Fax	1	2	3	4

6.3.3 – Equipamento necessário ao desenvolvimento das actividades.

A – Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de Medicina Geral e Familiar.	1	2	3	4
B – Os gabinetes de Enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade. (Preventiva e Curativa).	1	2	3	4
C – As Salas de Espera dispõem, pelo menos de alguns brinquedos para crianças, informações sobre os serviços (quadro informativo actualizado, panfletos e brochuras) e material de promoção da saúde.	1	2	3	4
D – A sala de reuniões dispõe de material audiovisual (Ex. projector de slides, de acetatos, etc.).	1	2	3	4

6.4 – Saúde Higiene e Segurança

A – Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor.	1	2	3	4
B – Existe à disposição dos trabalhadores e são utilizados, vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente.	1	2	3	4
C – Todo o pessoal do Centro de Saúde está imunizado contra o tétano e hepatite B.	1	2	3	4
D – Existem registos analíticos da qualidade da água de consumo.	1	2	3	4
E – O Centro de Saúde possui um sistema de climatização.	1	2	3	4
F – Existe protecção contra o roubo. (Ex. Segurança, Equipamento Anti-Roubo, etc.).	1	2	3	4
G – Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente	1	2	3	4
H – Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios.	1	2	3	4
I – Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal.	1	2	3	4
J – O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes, é efectuado em compartimentos próprios (recipientes resistentes com tampa e higienizáveis) e são removidos com a periodicidade adequada.	1	2	3	4

II PARTE

DADOS PESSOAIS

Idade Anos

Sexo: Masc. Fem.

Estado Civil: Solteiro Casado/União de Facto Viúvo Divorciado/separado

Profissão: Médico Enfermeiro Administrativo

Antiguidade na profissão Anos

Vínculo à Instituição: Lugar de Quadro Contratado Outro

Local de Trabalho: Centro de Saúde (Sede)
Extensão de saúde