

DM
CAN.1



UNIVERSIDADE ABERTA

DEPARTAMENTO DA GESTÃO DA QUALIDADE

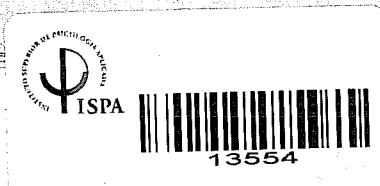
1º CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA QUALIDADE

**GARANTIA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS
ANÁLISE DA PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES DO
HOSPITAL DISTRITAL DE ABRANTES**

*Dissertação apresentada no âmbito do 1º Mestrado em Gestão
da Qualidade sob orientação da Profª Doutora Marta Lima
Basto*

Agostinha de Andrade Vieira Ussene Can

LISBOA
1998



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 13554
Data: 30/09/02

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

"A Qualidade é a arte de viver e servir o cliente e estes pagam somente por aquilo que seja útil para eles e que lhes forneça valor. Nada mais constitui Qualidade".

Peter Drucker

Os meus agradecimentos vão para:

A Deus em primeiro lugar e a todos, que directa ou indirectamente, tornaram possível a realização deste estudo. Em especial à ESES, à Professora Doutora Marta Lima Basto, ao HDA e ao Fernando, pelos incentivos em tempo oportuno.

Um grande abraço para todos

Agostinha de Andrade

*Ao Nazir, Sílvia, Carla, Nádia, Edna, Afonso e
ainda aos meus futuros netos. O conselho que
lhes dou é que, se o seu bem estar depender de
decisões alheias estarão em risco.*

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CEN - Comité Europeu de Normalização

CE – Cuidados de Enfermagem

CESE - Curso de Estudos Superiores Especializados

Enf^{o/a} - Enfermeiro/a

ESES - Escola Superior de Enfermagem de Santarém

EUA - Estados Unidos da América

DGPGQ - Direcção Geral de Promoção e Garantia da Qualidade

GQT - Gestão da Qualidade Total

HDA - Hospital Distrital de Abrantes

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

ISO - Organização Internacional de Normalização

nº - número

NP EN ISO 9001 - Norma explicativa da implementação de sistemas de gestão da
Qualidade

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCN - Royal College of Nursing

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

TQC - Total Quality Control

UR – Unidade de registo

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 – Características funcionais e técnicas da Qualidade	33
Figura nº 2 – O Hospital e a interface com o cliente	46
Figura nº 3 – Modelo de análise	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico nº 1 – Distribuição dos percentuais obtidos na categoria cultura organizacional	97
Gráfico nº 2 – Distribuição dos percentuais obtidos na categoria estrutura organizacional	104
Gráfico nº 3 – Síntese dos percentuais obtidos na área temática concepção e planeamento	110
Gráfico nº 4 – Distribuição dos percentuais relativos à categoria competência profissional	113
Gráfico nº 5 – Distribuição dos percentuais relativos à categoria métodos de controlo da Qualidade	120
Gráfico nº 6 – Síntese dos percentuais relativos à área temática controlo e avaliação	130
Gráfico nº 7 – Distribuição dos percentuais relativos às seis categorias em estudo	133

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 – Metodologia de Deming e ferramentas clássicas da Qualidade	36
Quadro nº 2 – Evolução histórica da garantia da Qualidade	43
Quadro nº 3 – Conceitos operacionais da Qualidade, Gestão da Qualidade Total e competências legais dos enfermeiros	50
Quadro nº 4 – Qualidade e Cuidados de Enfermagem	53
Quadro nº 5 – Circuito de informação do sistema de classificação de doentes	70
Quadro nº 6 – Caracterização da equipa de enfermagem do Hospital segundo o número de efectivos	77
Quadro nº 7 – Distribuição dos sujeitos por sexo e grupo etário	78
Quadro nº 8 – Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações profissionais e académicas	79
Quadro nº 9 – Distribuição dos sujeitos segundo os anos na categoria e profissão .	79
Quadro nº 10 – Distribuição dos sujeitos segundo a formação de base e pós-base ...	80
Quadro nº 11 – Áreas temáticas e respectivos factores da gestão da Qualidade	82
Quadro nº 12 – Áreas temáticas, categorias, sub-categorias e percentuais das unidades de registo	90
Quadro nº 13 – Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria liderança	92
Quadro nº 14 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria envolvimento dos enfermeiros	93
Quadro nº 15 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria estilo de gestão	93

	f.
Quadro nº 16 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria missão organizacional	94
Quadro nº 17 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria objectivos	94
Quadro nº 18 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria liderança	96
Quadro nº 19 – Distribuição dos resultados obtidos na categoria cultura organizacional	97
Quadro nº 20 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria espírito de melhoria contínua	98
Quadro nº 21 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria procedimentos escritos	98
Quadro nº 22 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria feed-back dos clientes externos	99
Quadro nº 23 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria comunicação	99
Quadro nº 24 – Distribuição da opinião dos enfermeiros relativa à categoria cultura organizacional	103
Quadro nº 25 – Distribuição dos resultados obtidos na categoria estrutura organizacional	104
Quadro nº 26 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria metodologia de distribuição de trabalho	105
Quadro nº 27 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria sistema de classificação de doentes	105
Quadro nº 28 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria padrões e critérios da Qualidade	106
Quadro nº 29 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria modelos teóricos profissionais	106

	f.
Quadro nº 30 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria processo de enfermagem	106
Quadro nº 31 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria estrutura organizacional	109
Quadro nº 32 – Síntese dos percentuais relativos à área temática concepção e planeamento por ordem decrescente de frequência das unidades de registo	110
Quadro nº 33 – Síntese da opinião relativa às sub-categorias da área temática concepção e planeamento	111
Quadro nº 34 – Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria competências profissionais	113
Quadro nº 35 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria formação para a Qualidade	114
Quadro nº 36 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria estratégias de análise e resolução de problemas	114
Quadro nº 37 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria motivação	115
Quadro nº 38 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria planeamento funcional	115
Quadro nº 39 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria competências profissionais dos enfermeiros	118
Quadro nº 40 – Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria métodos de controlo da Qualidade	120
Quadro nº 41 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria trabalho de equipa	121
Quadro nº 42 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria auditorias	121
Quadro nº 43 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria registos	122

	f.
Quadro nº 44 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria métodos de controlo	125
Quadro nº 45 – Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria estratégias de avaliação	126
Quadro nº 46 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria medidas correctivas	127
Quadro nº 47 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria sistemas de informação	127
Quadro nº 48 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria estratégias de avaliação	129
Quadro nº 49 – Síntese das percepções dos enfermeiros gestores obtidas na área temática controlo e avaliação da Qualidade	130
Quadro nº 50 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à área temática de controlo e avaliação da Qualidade	131
Quadro nº 51 – Distribuição dos percentuais relativos às seis categorias em estudo por ordem decrescente da frequência das unidades de registo	133
Quadro nº 52 – Pontos fortes e pontos fracos identificados	134
Quadro nº 53 – Síntese dos percentuais relativos à frequência das unidades de registo nas seis categorias em estudo	139

ÍNDICE

	f.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	18
1 - <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	28
1.1 - QUALIDADE E GESTÃO	28
1.2 - GESTÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS	44
1.3 – CRITÉRIOS E PADRÕES DA QUALIDADE	55
1.4 - GARANTIA DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	59
1.5 – MODELO DE ANÁLISE	61
2 - <u>OPÇÕES METODOLÓGICAS</u>	63
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR EM ESTUDO (HDA)	66
2.2 – SUJEITOS DO ESTUDO	77
2.3 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	83
2.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	85
2.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	87
3 – <u>PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES ACERCA DO PROCESSO DE GARANTIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL</u>	89
3.1 - <u>CONCEPÇÃO E PLANEAMENTO</u>	91
3.1.1 – <u>Liderança</u>	92
3.1.2 - <u>Cultura organizacional</u>	96
3.1.3 - <u>Estrutura organizacional</u>	103
3.2 – <u>COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO</u>	112
3.2.1 - <u>Competências profissionais</u>	113
3.3 - <u>CONTROLO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE</u>	119
3.3.1 – <u>Métodos de controlo</u>	119
3.3.2 – <u>Estratégias de avaliação</u>	125
3.4 – <u>CONCLUSÃO</u>	131

	f.
4 - <u>CONCLUSÕES / SUGESTÕES</u>	136
5 - <u>REFERÊNCIAS</u>	147
5.1 – BIBLIOGRAFIA	147
5.2 – ENTREVISTAS	158
ANEXOS	159
Anexo 1 – Organigrama do HDA	160
Anexo 2 – Pedido de autorização para a realização do estudo	161
Anexo 3 – Instrumento de colheita de dados	162

RESUMO

"Quando o cliente é rei satisfazer suas necessidades não chega, é preciso atender aos desejos e caprichos. A solução ... está em oferecer ... Qualidade, serviço e preço".

Robert R. Tucker

A garantia da Qualidade é a actual preocupação nacional e internacional que implica não só os profissionais, mas também a comunidade e responsáveis políticos. Inclui a melhoria contínua e a ênfase é colocada na necessidade de se definir, prestar e manter serviços e/ou produtos de elevada Qualidade centrados no querer dos clientes.

Nos serviços de saúde, a Qualidade é, hoje, claramente entendida como uma variável estratégica, cujo domínio permite compatibilizar a necessidade de melhoria com eficiência através da gestão de recursos, visando satisfazer as sempre crescentes necessidades e expectativas dos clientes e da comunidade em geral.

A presente dissertação trata de um estudo de caso analítico de carácter exploratório, numa abordagem qualitativa e entrevista semi-estruturada, tendo como alvo central compreender o fenómeno em estudo do ponto de vista dos informantes. Teve por objectivo analisar a percepção dos enfermeiros gestores acerca da relação do processo da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados num hospital com competências profissionais dos enfermeiros; métodos de controlo; estratégias de avaliação e concepção da Qualidade.

O enquadramento teórico aborda os conceitos de Qualidade e sua garantia, Gestão da Qualidade Total (GQT) e competências legais dos enfermeiros no processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados no hospital.

Os factores em estudo foram: liderança; estrutura organizacional; cultura organizacional; métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade.

O estudo realizou-se no Hospital Distrital de Abrantes sendo os sujeitos oito enfermeiros gestores dos cuidados de enfermagem, enfermeiro director e enfermeiros chefes.

A colheita de informação foi realizada através de entrevista semi-estruturada com quatro questões abertas e vinte e duas questões fechadas em escala tipo Likert (1 a 5).

No tratamento das entrevistas, utilizou-se o método de análise de conteúdo, sendo feito o tratamento conjunto dos dados referentes ao enfermeiro director e enfermeiros chefes por três áreas temáticas, tendo-se registado 903 unidades de registo distribuídas pelas seis categorias em estudo.

Pela análise dos resultados verifica-se que as competências dos enfermeiros concernentes ao processo de garantia da Qualidade poderão estar relacionadas com a concepção da Qualidade pela gestão de topo do Hospital. Por outro lado, a concepção da Qualidade pela gestão de topo poderá estar relacionada aos métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital. Tanto o controlo como a avaliação da Qualidade poderão estar relacionadas com as competências profissionais dos enfermeiros. Segundo os inquiridos, verificam-se deficiências passíveis de reflexão e melhorias aos níveis da formação de base e pós-graduação dos enfermeiros na área da garantia da Qualidade.

Como pontos fortes da garantia da Qualidade no Hospital em estudo, entre outros, salientam-se: auscultação de opinião dos clientes externos após a alta; grande envolvimento da gestão de topo; estruturas organizacionais flexíveis; sistema de classificação de doentes que coordena as actividades no processo de garantia da Qualidade desde a concepção aos resultados finais; objectivos institucionais consistentes e em cascata até aos níveis operacionais; missão explícita e visível a todos os enfermeiros; gestão participada por objectivos; auditorias internas e externas; processos de melhoria contínua, investigação no dia-a-dia e sistemas de comunicação e informação eficientes em tempo útil. Como pontos fracos verifica-se não haver cultura de Gestão de Qualidade Total entre todos os sectores profissionais do Hospital, fraca publicação da abundante investigação desenvolvida no dia-a-dia tendo em vista a melhoria contínua da Qualidade dos cuidados de enfermagem centrada nos interesses e expectativas dos clientes e ausência de equipa multidisciplinar de garantia da Qualidade.

A garantia da Qualidade é para os sujeitos deste estudo um agente de mudança com a visão de construir uma organização voltada para o cliente. Contudo, e segundo os inquiridos, o sector da saúde reveste-se de maior complexidade de gestão, se o compararmos a qualquer outro sector de actividade.

SUMMARY

“When the customer is king, to satisfy his needs isn’t enough, its necessary to attend to his desires and whims. The solution is... to offer... Quality, service and price”.

Robert R. Tucker

The guarantee of Quality is a present national and international concern that implies not only the professionals, but also the community and the politicians in charge. It includes the continual improvement and the emphasis that is placed in the need to define, give and maintain high Quality services and products centred in the wishes of the customer.

In the health services today Quality is understood as a strategic variable, whose control enables to conciliate the need for an improvement in the rationality and efficiency trough the management of resources, aiming at the satisfaction of the customer’s permanently growing needs and expectations, as well as the community’s, in general.

The present dissertation deals with a descriptive and analytical case study with an exploratory nature and it’s main target being to understand the studied phenomenon in the informant’s point of view. The goal was to analyse the relation between the Quality guarantee process in the nursing cares on the customers taken into a hospital; the nurses’ legal responsibilities; the control methods; the evaluation strategies and the Quality conception.

The theoretical framing broaches the Quality concepts and it’s guarantee, the Total Quality Management and the nurses’ legal responsibilities in the Quality guarantee process of the nursing cares given to the customers interned.

The studied factors were: leadership; organisational structure; organisational culture; Quality control methods and evaluation strategies.

The study was carried out in the Hospital Distrital de Abrantes, with eight managing nurses of the nursing cares as subjects, director and chief nurses. The gathering of the information was carried out trough a semi-structured interview with four open questions and twenty-two closed questions using the type Likert scale (1 to 5).

The method used in the processing of these interviews was the content analysis method, having made a joint processing of the data regarding the director and the chief nurses, and having registered 903 register units distributed through the six categories and twenty-two subcategories in study.

Through the analysis of the results it is verified that the managing nurses' responsibilities concerning the process of assuring the Quality might be related to the conception of Quality by the hospital administration. On the other hand, the Quality conception by the hospital administration could be related with the Quality control methods and evaluation strategies of the nursing cares on the hospital. Both the control and evaluation of the Quality might be related with the nurses' responsibilities. According to the inquired elements there are possibly some deficiencies in the reflection and improvement of the basic and postgraduate training of the nurses, as far as Quality is concerned.

As strong points on the guarantee of Quality, it is shown in this study, among others, the sounding out of the customers' opinion after they have been discharged; a large involvement of the hospital administration; organisational structures compatible with the established system that co-ordinates the activities of the process of assuring the Quality, since the conception till the final results; consistent institutional and cascaded goals until the operational levels; continual improvement processes, investigation on a daily basis and efficient information and communication systems. As weak points, it is verified the non existence of a Total Quality Management culture among all the hospital sectors; a weak publication of the abundant research developed on a daily basis, aimed at the continual improvement of the Quality centred on the customers' interests and expectations, and the perception of a deficient training of the nurses in the area of Quality.

The guarantee of Quality is, to the subjects in this study, a changing agent with the goal of building an organisation concerned with the customer. However, and according to the inquired elements, the health sector covers itself with greater complexity and management difficulties than any other sector of the Industrial activity. It's reach and confluence of aspects as divergent as economical, financial, social, political, cultural and even the human life itself, constitute a big challenge to the managers.

0 - INTRODUÇÃO

O que é a Qualidade?

"Tudo o que dá resposta às exigências, necessidades e expectativas do cliente".

Deming

Escrever ou falar sobre Qualidade é, hoje apaixonante e difícil. Difícil, porque a própria palavra "Qualidade" é frequentemente utilizada com sentidos bem diversos. Apaixonante, porque se trata de uma palavra que se aplica a tudo, desde a própria vida, passando pelos produtos e serviços que todos compramos, até à gestão e à liderança nas próprias empresas em que trabalhamos.

A Qualidade pode ser entendida de maneiras diferentes e pode variar desde o consumidor ao produtor pela sua componente subjectiva, por vezes difícil de medir com precisão. Mas, do ponto de vista de garantia da Qualidade, a Qualidade necessita de ser objectivada e quantificada de forma a ser mensurável. Assim, e segundo Ramos Pires (1993) para haver garantia da Qualidade, mesmo as características subjectivas, devem na medida do possível, ter alguma forma de medição ou comparação. De outro modo e segundo o mesmo autor, não haverá possibilidade de controlar e garantir a Qualidade.

Assim, a Qualidade deve começar por ser definida e especificada em três grandes dimensões: *Concepção, Fabrico e Uso* (Ramos Pires, 1993). A Qualidade da Concepção começa pela identificação das necessidades e expectativas do cliente, quer em termos funcionais, quer em termos técnicos. É o produto ou serviço virtual. A Qualidade de Fabrico e de Utilização é a comparação, em que, o produto ou serviço esteja segundo as especificações ou "standards" e desempenhe ou preste os serviços que o cliente espera deles. É o produto ou serviço real. Por outro lado, e segundo o mesmo autor, a Qualidade, compreende um conjunto de características que se podem subdividir em duas grandes categorias *funcionais e técnicas*. Isto é, em primeiro lugar que sejam úteis ao cliente e que permita dar resposta ao quadro de suas necessidades.

Neste sentido a Qualidade de um produto ou serviço começa pela identificação das necessidades do cliente e na sua expressão em termos das funções que este deve desempenhar. Assim, o produto ou serviço deve ser a nível de concepção bem identificado e estritamente relacionado com o segmento de clientes a satisfazer. Isto é, tem de não só possuir as características que lhe permitam prestar os serviços ou desempenhar as tarefas que os clientes necessitam e esperam dele, mas também custar o que estão dispostos a pagar. Ou seja, maior número de funções e melhor satisfação para cada uma delas ao menor preço. É esta a essência da Qualidade, de qualquer produto ou serviço. Por serviço entende-se, segundo a Norma ISO 9004/2, os resultados gerados por actividades desenvolvidas a nível da interacção (interface) cliente/fornecedor e por actividades internas do fornecedor, com vista à satisfação das necessidades do cliente. A ISO (Organização Internacional de Normalização) é uma organização não governamental sediada em Genebra, responsável pela elaboração e aplicação dos standards internacionais da Qualidade.

Contudo, segundo Alcinda Fernandes (1997), os Hospitais são hoje, das organizações produtoras de serviços com maior complexidade no processo da garantia da Qualidade. Até porque, segundo Juran, citado por Ramos Pires (1993) a Qualidade não está nas pessoas, mas sim, nos processos, ou seja no sistema, implicando por sua vez, formação, informação e relações de trabalho para alcançar a mudança chamada Qualidade. Para os mesmos autores, quando se pensa deste modo, que há metas a atingir por todos na empresa, a garantia da Qualidade deixa de ser vista como um fim em si mesma, mas sim, um método de gestão integrador de todos os sub-sistemas da Organização. O gestor como "líder", segundo Peter Drucker (1995), tem como tarefa básica desenvolver líderes. É veículo de mudança, de que várias entidades e a sociedade em geral podem beneficiar.

Reflectir sobre aspectos e perspectivas do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos Hospitais, é a preocupação predominante que preside a esta reflexão fundamentada em bases legais e conceptuais, adoptadas na realidade de saúde em Portugal, nomeadamente:

- Metas da Saúde Para Todos (Metas: 31, 35, 38);
- Regulamentação da Competência dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro);

- Estatuto da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).
- Estratégias da Saúde Regional (ARSLVT, 97/98);
- Criação da Ordem e aprovação de seus Estatutos (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril)
- Planos de Estudo dos Cursos da ESES.

A melhoria contínua da Qualidade, tornou-se um termo chave nos serviços de Saúde dos anos 90 e Portugal, desde o início, associou-se formalmente às duas resoluções da OMS que mais impacto tiveram no domínio das várias políticas de Saúde. São elas a formulação de uma política comum europeia em 1980, denominada "Saúde para Todos no Ano 2000", e a adopção, em 1984, pelo Comité Regional Europeu, dos textos fundamentais para a prossecução daquela política. No respeitante a cada país, a melhoria da Qualidade é objecto das metas 31, 35 e 38, que afirmam que até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de Qualidade dos cuidados aos clientes, no quadro dos sistemas de Cuidados de Saúde.

É certo que em Portugal, existem marcos importantes na implementação da garantia da Qualidade dos cuidados de saúde. Contudo, a percepção que os clientes de saúde têm da Qualidade dos cuidados que lhes são prestados, tendem para áreas de "afastamento" entre os conceitos e teorias da garantia da Qualidade praticados nas empresas com Sistemas de Qualidade implementados. Por Sistemas de Qualidade implementados entende-se o conjunto de medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de Qualidade aceitável está sendo alcançado ao menor custo. O Sistema de Qualidade, compreende os documentos que definem a política, a estrutura de autoridade e responsabilidade e procedimentos para cada um dos seus requisitos. O sistema existe, é definido, é visível e documentado. A política e os procedimentos são entendidos e seguidos a todos os níveis da organização. É eficaz permitindo a resolução dos problemas de forma sistemática, isto é, segundo os procedimentos definidos a nível de concepção, garantindo a eficiência aos clientes.

A garantia da Qualidade dos cuidados de saúde constitui uma área de preocupação e de intervenção a nível social e político, que tem por alvo, o impacto do "Bem-estar" das

pessoas ou clientes dos serviços de saúde. Dum modo geral, poderemos dizer que ela envolve:

- O empenhamento das Organizações de Saúde;
- A satisfação do cliente segundo as suas necessidades e expectativas. As necessidades são geralmente conhecidas. O mesmo não acontece com as expectativas, pelo seu carácter subjectivo e dependente de vários factores, incluindo experiências anteriores;
- Informação e formação a todos os níveis da Organização.

O Ensino Superior Politécnico, onde se insere o Ensino Superior de Enfermagem desde 1988, visa uma sólida formação cultural e técnica. A enfermagem, nos nossos dias, já não pode confiar na intuição para determinar se a sua prática é ou não eficiente. Esta formação integrada no sistema educativo nacional, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos de mestre e doutores e a assunção de responsabilidades nas áreas de concepção, organização e prestação de cuidados de saúde proporcionados à população. Chegou a hora de desenvolver métodos e processos de medir e garantir a Qualidade dos cuidados de saúde (Kemp, 1995).

A garantia da Qualidade dos cuidados de saúde e a “mudança centrada no cidadão”, são inegavelmente objecto de preocupação actual de todo o profissional de saúde. O cidadão no centro do sistema de saúde é parte integrante da “Estratégia para o virar do século da ARSLVT, 1997/1998”.

Finalmente, a abordagem deste tema justifica-se pela importância que é atribuída por todos os autores ao papel das chefias, nomeadamente da gestão de topo no desenvolvimento do processo de garantia da Qualidade nas organizações. Deming (1982), explicitou esta importância nas suas célebres afirmações junto aos gestores, que, se a empresa fabrica maus produtos, a culpa é dos gestores e de mais ninguém. Nos serviços de saúde esta temática não tem sido muito estudada, aplicando-se por vezes o termo garantia da Qualidade com o significado subjectivo da Qualidade. Os conhecimentos acumulados até hoje sobre a Qualidade nas organizações são diminutos, quando comparados a outras áreas do saber, nomeadamente a liderança.

A partir dos anos 70, surgiram as teorias contingenciais e actualmente dominantes, demonstrando-se que não existe um estilo de liderança ideal, já que o processo de

liderança é função das três variáveis neles intervenientes: líder, seguidores e contexto em que se exerce a liderança. Nesta perspectiva e segundo Marques (1997) e Cardoso (1995) o estilo de liderança deverá ser ajustado caso a caso em função das três variáveis. O líder eficaz muda de estilo consoante as pessoas, e para a mesma pessoa, muda também consoante as tarefas. Os mesmos autores concluem, que os aspectos chave para uma boa liderança é ser flexível e saber fazer o diagnóstico da fase de desenvolvimento em que se encontram as pessoas e optar pelo estilo de liderança mais eficaz, desde o directivo, orientação, apoio ou delegação. O bom líder funcionará, naturalmente numa organização em pirâmide, mas em pirâmide invertida pressupondo, que na empresa todos trabalham para um fim e não para quem está no topo. É aquele que ajuda os subordinados a vencer, pois se o conseguir, vencerá também.

Segundo Peter Drucker (1995), na sociedade actual de globalização onde a inovação é decisiva, as organizações precisam substituir poder por responsabilidade, gestor por executivos por área e não domínio sobre as pessoas. É o que se verifica nas organizações em rede, em que a comunicação horizontal de cada departamento tem um papel estratégico a desempenhar, contribuindo para os "outputs" no seu todo.

A análise do fenómeno em estudo conduz-nos a acreditar em Tom Peters, Peter Drucker (1995), entre outros, quando nos dizem que os líderes do futuro serão mais democráticos, mais humildes e menos resistentes à mudança. Por outro lado, excelentes condutores de pessoas, apostando na promoção e formação contínua e aprendizagem na empresa. Postulam que as empresas precisam, hoje, mais de líderes do que de gestores.

Hoje para a grande maioria dos autores, já é possível gerir motivação para além do bom senso. Os quadros teóricos e investigações empíricas permitem delinear estratégias de gestão com bases científicas e resultados esperados. É hoje consensual que para motivar pessoas (Marques, 1996), é preciso gerir sistemas de trabalho e sistemas de recompensa. Para serem eficazes ambos os sistemas devem ser delineados em função dos objectivos estratégicos da organização, em função das pessoas e da cultura que a compõem sem deixar de lado políticas de incentivos.

Para Pettigrew (1979) citado por Marques (1996) a cultura organizacional é definida como o sistema de significados aceites colectivamente por um dado grupo. Para Marques (1996), a cultura organizacional é um conjunto normativo ou social que mobiliza a organização e expressa os valores e crenças partilhadas pelos membros da organi-

zação. Em qualquer definição, a cultura é entendida como um conjunto de valores e crenças partilhados. São os pressupostos básicos subjacentes de valores partilhados a questão central da análise estratégica. São a alma e o coração em torno dos quais a organização assenta. De acordo com Smircich (1983) citado por Marques (1996), a Cultura Organizacional dá um sentimento de identidade aos membros da organização, facilita o empenhamento e serve de mecanismo que pode guiar e modelar o comportamento dos profissionais de qualquer organização.

Pela análise do conteúdo funcional do Enfermeiro Director e Enfermeiro Chefe, líderes dos cuidados de enfermagem nos Hospitais, procurando verificar em que medida as suas funções legais podem contribuir para a garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, verificamos que o exercício desta competência, decorre naturalmente do processo de gestão na garantia da Qualidade dos cuidados aos níveis de concepção e planeamento; coordenação e execução; controlo e avaliação.

O conteúdo funcional da carreira de Enfermagem nas áreas de actuação, prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica (artº 7º, 8º e 9º do Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro) consagra princípios conducentes à Qualidade, particularmente: definição de padrões; normas e critérios; avaliação e garantia da Qualidade; formação em serviço; avaliação do desempenho; investigação; planeamento; auditorias; uso de indicadores e implementação de informação para a gestão. A formação, segundo Marques (1996) e Bento (1997) pode ter um papel decisivo na motivação ou desmotivação da pessoa na Organização, se corresponde ou não a uma necessidade sentida ou pelo contrário exigida pelo exercício da função, pelo que nos suscitou as seguintes perguntas de partida, nomeadamente:

- Em plena revolução tecnológica, que implica novos saberes e novas formas de gestão e liderança nas organizações, qual a percepção dos enfermeiros gestores acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes internados nos Hospitais?
- Os padrões e critérios de cuidados de enfermagem são indispensáveis na medição da Qualidade, como referências de excelência e metas a atingir. Pressupõe que todos os agentes envolvidos actuem de acordo com regras científicas e técnicas, testadas e comprovadas. Perante esta realidade legal, como é garantida a Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados nos hospitais?

- Face às mutações políticas legais e organizacionais a decorrer no Sistema de Saúde em Portugal relativamente à garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem, que modelos de formação dos enfermeiros responderão a essas expectativas?

Como formadora de Profissionais de Saúde, perante a realidade que nos rodeia, associada ao facto de estarmos a frequentar o 1º Mestrado em Gestão da Qualidade, parece-nos pertinente analisar e reflectir sobre a temática em estudo, na perspectiva dos enfermeiros gestores dos cuidados de enfermagem. Isto é, este estudo tem como alvo final, analisar o processo pelo qual é garantida a Qualidade dos cuidados de enfermagem centrado nos interesses, necessidades e expectativas dos clientes internados nos hospitais.

O que nos propomos desenvolver, não é mais do que uma pequena contribuição na complexa área temática em estudo e visa ampliar a compreensão sobre o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos Hospitais.

Portanto, a escolha do tema deve-se:

1. À sua pertinência social. A norma NP EN 9001 (1995) afirma que a responsabilidade da direcção inclui política de Qualidade, responsabilidade e autoridade. Isto é, definir e documentar a sua política para a Qualidade, incluindo objectivos e seu comprometimento em relação à Qualidade.
2. As competências legais dos enfermeiros exigem garantia da Qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente definição de padrões, critérios e indicadores de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem.
3. Até ao momento não se conhecem estudos em Portugal que abordem o tema em estudo na perspectiva referida.
4. Os critérios e normas enunciadas são indispensáveis, para medir a Qualidade. Mas, seguir protocolos de procedimentos é matéria susceptível a opiniões desencontradas e até por vezes de forte oposição. É controverso a aceitação de critérios de Qualidade no próprio processo de prestação de cuidados (Chaves et al, 1994).
5. Os padrões e critérios de Qualidade devem ser elaborados, pelos técnicos de saúde, com profundo conhecimento das realidades e com flexibilidade. Tais critérios funcionarão como referências de excelência, metas a atingir.

6. Os clientes, embora, com os aspectos respeitantes aos cuidados técnicos que nem sempre são considerados capazes de julgar, constituem um contributo indispensável para a definição de padrões de Qualidade pelos quais, os cuidados de saúde devem ser julgados. Os quereres e expectativas dos clientes tornam-se condição "sine qua non" no estabelecer desses mesmos padrões.
7. Portugal, país Latino, está provavelmente menos bem colocado que os países anglo-saxónicos, para os quais a avaliação dos cuidados na perspectiva do cliente externo é uma dimensão da própria cultura.

São estas as questões básicas fundamentais orientadoras deste estudo. Esperamos que, através desta análise, recorrendo às metodologias mais usuais nas Ciências Sociais possa realizar-se um trabalho útil e de interesse prático na formação de futuros profissionais na garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes internados nos Hospitais. O percurso teórico organiza-se em torno das seguintes vertentes e capítulos.

A primeira é a dos processos de Gestão da Qualidade Total (GQT) com incidência nas funções de chefias e liderança nos seus aspectos de concepção, coordenação, controlo e avaliação. A segunda resume-se ao conteúdo funcional dos enfermeiros director e chefe, enquanto gestores e responsáveis pela Qualidade dos cuidados de enfermagem e da sua garantia.

Assim o primeiro capítulo abordará as questões relativas à complexidade da definição e conceitos da Qualidade e sua garantia, isto é, o "Como" garantir a Qualidade dos cuidados de enfermagem. A segunda questão, relaciona-se com o conteúdo funcional dos enfermeiros gestores nas organizações de saúde.

Por último, apresenta-se o modelo de análise construído para servir de base a esta dissertação e ao respectivo estudo empírico. Propõe-se um modelo adaptado de Deming e Juran em que a Qualidade dos produtos e ou serviços centrados no cliente, é determinante pela responsabilidade da gestão aos três níveis operacionais da Qualidade, concepção, fabrico e uso.

Em síntese, na presente dissertação, discute-se a problemática da gestão estratégica do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital. Este estudo integrado na temática da garantia da Qualidade, não pretende avaliar a performance organizacional para este nível de cuidados, mas tão sómente analisar a relação do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados

nos hospitais, com competências dos enfermeiros; métodos de controlo, estratégias de avaliação e concepção da Qualidade pela gestão de topo.

Com o presente estudo pretendemos ampliar a nossa compreensão sobre o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital e encontrar novas formas de melhorar a formação dos enfermeiros na área da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em termos gerais o processo de garantia da Qualidade de qualquer produto ou serviço, começa pela definição das áreas relativamente às quais se vão determinar as especificações. O segundo passo consiste no definir os parâmetros de medida, bem como, planos e estratégias que incluem acções e descrição de meios humanos e materiais e seus responsáveis. Segue-se o seleccionar sistemas de informação que prevejam a medição contínua e sistemática das variáveis parametrizadas. Finalmente controlar o funcionamento de todo o processo, introduzindo medidas correctivas quando necessário e avaliar os resultados. Assim e resumidamente temos os passos principais do processo de garantia da Qualidade de qualquer produto ou serviço, desde a concepção, planeamento, coordenação, controlo e avaliação.

Segundo Drucker (1995), a essência do trabalho de qualquer gestor é fazer com que outras pessoas, os seus colaboradores, realizem tarefas necessárias ao funcionamento da organização. A delegação, parece embora à primeira vista, uma coisa simples, mas para a grande maioria dos autores, o dar a um colaborador a autoridade necessária para a execução de determinado trabalho exige determinada perícia.

Isto implica segundo os autores referidos, alguma autonomia no que respeita ao como fazer. Ou seja, da autoridade para tomar algumas decisões que afectam os detalhes e a forma de execução do trabalho. É de salientar, segundo os teóricos consultados, que o gestor que delega mantém a responsabilidade. Pode pedir responsabilidade aos seus colaboradores, mas mantém ele próprio a responsabilidade do trabalho delegado face à organização, e o seu superior hierárquico. A delegação de autoridade, permite não só o crescimento da organização como o dedicar-se às actividades do seu nível de gestão. O gestor de topo tem de se preocupar com o conjunto dos problemas organizacionais e não com pormenores da execução em cada área técnica. O preocupar-se com a orientação geral da organização, vai torná-la mais eficaz, mantendo-se em ordem na cadeia de comando e dando a cada chefia a capacidade de decisão necessária à resolução dos

problemas ao seu nível. Interessa realçar que compete à gestão de topo, motivar e desenvolver chefias e trabalhadores, responsabilizando-as e envolvendo-as no projecto comum. É a forma de obter a compreensão e uso comum da linguagem indispensável e obtida pela formação para a Qualidade.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

"A Qualidade é uma filosofia de Gestão e Compromisso com a excelência... na Orientação para o cliente".

Peter Drucker

No capítulo em epígrafe pretende fazer-se uma abordagem global da Gestão da Qualidade Total (GQT) relacionada com o tema em estudo. É constituído por quatro sub-capítulos que nos parecem fundamentais para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Assim, inicialmente, efectua-se uma abordagem sobre os conceitos da Qualidade e sua garantia. Seguidamente, procurar-se-á, recorrendo à história da Qualidade e da Enfermagem, encontrar factores, competências e responsabilidades da Gestão / Liderança na Gestão da Qualidade e sua interligação nas duas áreas do saber. Depois tentar-se-á, partindo da área funcional dos enfermeiros encontrar subsídios para uma melhor compreensão da "Política e Responsabilidade" no processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos Hospitais. Finalmente relembra-se alguns princípios básicos na operacionalização de critérios e padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Por último apresenta-se o Modelo de Análise que servirá de guia orientador ao estudo empírico que nos propusemos desenvolver na dimensão do "Como" garantir a Qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes internados nos Hospitais na perspectiva dos enfermeiros gestores.

1.1 - QUALIDADE E GESTÃO

A operação "Qualidade" não surgiu espontaneamente num dado momento da História. Desenvolveu-se consoante as circunstâncias e necessidades, como resposta a alterações contínuas nas forças políticas, sociais e económicas presentes. A Qualidade não é um conceito pacífico. A literatura fornece-nos três tipos de abordagens distintas.

Conceitos e componentes

Um conceito normativo, segundo o professor Ramos Pires (1993), é talvez a análise mais ambiciosa, uma vez que tenta conseguir uma definição globalizante de Qualidade. No entanto, não parece fácil, nesta perspectiva, desenvolver uma definição que satisfaça todas as partes envolvidas: consumidores, prestadores, administradores e políticos. É compreensível que os interesses destes grupos sejam diferentes e por vezes até conflitantes.

Na impossibilidade de obter uma definição que satisfaça todas as partes envolvidas, segundo as directivas da OMS, uma outra abordagem possível será a divisão do conceito nos seus principais componentes:

- Efectividade, que significa a relação entre o impacto real de um serviço num sistema operativo e o seu potencial impacto total numa situação ideal.
- Eficiência, que significa a relação entre o impacto real de um serviço e os recursos investidos.
- Adequação, que traduz a relação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população
- Qualidade técnico-científica, que se refere ao nível de utilização dos conhecimentos científicos e da tecnologia disponível na prestação de cuidados de Saúde.

Segundo Ramos Pires (1993), a importância relativa dos seus componentes varia não só em função do tempo, mas também em função da importância que lhes é atribuída pelos seus utilizadores. Assim, a Qualidade de um produto ou serviço não pode considerar-se definitivamente estabelecida. Estamos perante uma força dinâmica.

Outra análise possível da Qualidade para Ramos Pires (1993), é efectuada numa perspectiva quantitativa. A Qualidade está geralmente associada à ideia de excelência. Mas a excelência não é mensurável. Assim, a definição de um conceito operacional é indispensável para que a Qualidade possa ser de facto medida, o que implica a utilização de critérios e padrões pré-definidos.

Também para Ramos Pires (1993), Evans e Lindsay (1990), Juran, Deming (1996) Cruz e Carvalho (1993), entre outros, a Qualidade é, na sua expressão mais simples a con-

formidade em relação a especificações e parâmetros definidos, conhecidos por todos na empresa, em permanente revisão para que se encontrem em cada momento ajustados às reais necessidades dos clientes.

Relativamente ao cliente e segundo Ramos Pires (1993) tipicamente, a Qualidade é um valor, isto é, se o produto ou serviço cumpre o propósito para que foi criado, se corresponde às expectativas, a um preço que ele está disposto a pagar. Mas isto, para o mesmo autor, não é tudo. O aspecto psicológico da Qualidade também não deve ser esquecido. Principalmente nos serviços, onde o cliente tem um contacto mais estreito com o fornecedor, a aparência e as acções deste são muito importantes. Fornecedores simpáticos, com boa apresentação, podem influenciar favoravelmente a impressão do cliente acerca da Qualidade do produto ou serviço. Por outro lado, a percepção da Qualidade, pela sua componente subjectiva, pode variar do cliente ao produtor do bem ou serviço. Em linguagem comum, a Qualidade é muitas vezes sinónimo de excelente, extraordinário, muito bom, colocando a ênfase nos modos subjectivos de perceber a Qualidade.

Na área da saúde Donabedian (1966); Seco (1989), entende que talvez seja útil começar pelo óbvio e dizer que Qualidade é uma característica que os cuidados de saúde podem ter em vários graus. Assim, na avaliação da Qualidade ajuíza-se, se um determinado aspecto dos cuidados tem ou não esta característica e em caso afirmativo, em que medida. Para Donabedian (1966), as várias interpretações possíveis de "cuidados de saúde" conduzem a diferentes formulações do conceito de Qualidade. No entanto, entende que a estrutura conceptual é comum a todas as interpretações. O tipo de actuação seguido por qualquer prestador de cuidados de saúde pode ser dividido em dois domínios: o técnico e o interpessoal. O primeiro traduz a aplicação da ciência e da tecnologia à gestão de um determinado problema de saúde de modo a maximizar os benefícios sem no entanto aumentar os riscos. O segundo traduz a relação interpessoal, tarefa mais delicada pela relação terapêutica no "cuidar" do ser humano.

A gestão das relações interpessoais deve respeitar valores socialmente definidos e normas de conduta entre indivíduos, quer em geral, quer em situações particulares. Estas normas são reafirmadas, em parte, pelos códigos de ética profissional e pelas expectativas e aspirações dos clientes (Donabedian, 1966).

Woodside, Frey e Dally's, citados por Sepúlveda (1997), definiram Qualidade de serviço como a comparação feita pelos consumidores entre as suas expectativas do serviço e performance do mesmo. Tudo quanto foi dito até aqui confirma a grande complexidade que existe na definição correcta do termo Qualidade.

Para a ISO, Qualidade é a totalidade das peculiaridades e das características de um produto ou serviço relacionadas com sua capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas. Esta abordagem, embora aceitável, não incorpora muitas das últimas interpretações da Qualidade. Esta definição, também presente em Tomé (1992), é a adoptada pelo Comité Europeu de Normalização (CEN), do qual Portugal faz parte, isto é, a definição oficial assumida no âmbito das Normas Nacionais.

A Revolução Industrial veio alterar grandemente a forma de definir e garantir a Qualidade. O conceito de especialização das tarefas introduzido nesta época e aplicada em larga escala os princípios de Frederick Taylor, com a organização científica do trabalho alteram a sua essência. Esta nova filosofia teve um impacto poderoso no modo de encarar a Qualidade e sua garantia. Apesar da produtividade e Qualidade não serem antagónicas, na prática verificava-se que os esforços para a melhoria da primeira, traziam prejuízos à segunda.

Pela revisão da literatura, verifica-se, que, ao longo dos últimos 30 anos algumas abordagens à Qualidade impuseram-se com relevância, em que se evidenciam os teóricos Juran e Deming. Deming (1982) e Juran (1995) mudam a tónica da Qualidade e centram-na nas necessidades e expectativas dos clientes. Defendem que o atingir a excelência em Qualidade começa pela gestão de topo. Para os mesmos autores, a gestão de topo, deve abraçar a filosofia, que, erros, defeitos e materiais não conformes, não são aceitáveis e devem ser eliminados. A Qualidade da supervisão deve ser melhorada, com a permissão de os chefes passarem mais tempo a trabalhar com os seus subordinados e terem as ferramentas necessárias para fazer o seu trabalho. A gestão de topo deve também criar um ambiente no qual os empregados não receiem relatar os problemas ou recomendar melhorias.

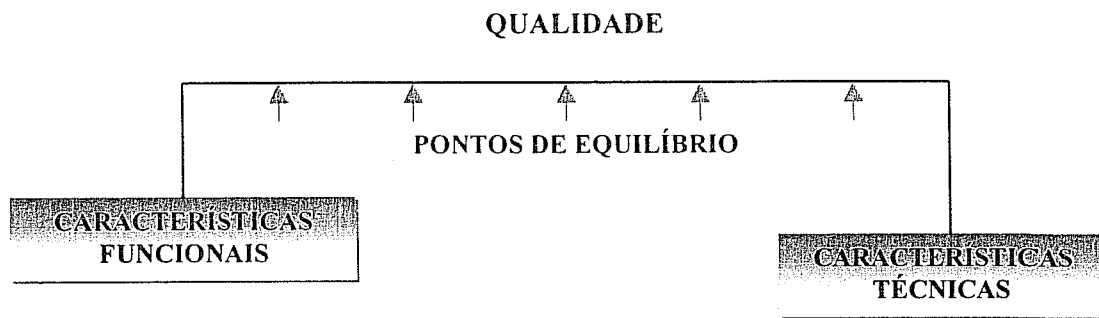
A partir de 1965 uma série de circunstâncias fizeram ressurgir o interesse pelas actividades de garantia da Qualidade. Assim, verifica-se que na década de 1960 a 1970, surge o "homem" na operação Qualidade. Até início dos anos 60, a Qualidade era da competência dos Engenheiros da Qualidade e da gestão. O homem da empresa não passava

de um factor, não sendo responsável pela obtenção da Qualidade e muito menos da sua garantia. Segundo os autores citados, Crosby (1966), desenvolve a experiência de responsabilizar o operário pela Qualidade das operações que lhe são confiadas. Este método resulta na supressão de um grande número de controlos e visa suscitar a tomada de consciência de fazer bem logo à primeira vez, através do conceito dos "Zero Defeito". A Qualidade passa então a ser assegurada pelo desenvolvimento de processos, capazes de garantir produtos/serviços, que satisfaçam ou mesmo excedam as expectativas dos clientes, como nos diz Cruz e Carvalho (1992) "agradar não chega, é necessário encantar".

Para Ramos Pires (1993), para haver garantia da Qualidade, esta deve começar por ser definida ou especificada em três grandes dimensões: concepção, fabrico e uso. A Qualidade da concepção, consiste no produto virtual que incorpora as expectativas e necessidades do cliente, quer em termos funcionais, quer em termos técnicos. A Qualidade de fabrico exige que o produto esteja de acordo com as especificações. A Qualidade de uso deve corresponder ao produto ou serviço e desempenhar as tarefas ou prestar os serviços que o consumidor espera dele. Por outro lado, a Qualidade compreende um conjunto de características, que podem ser divididas em duas categorias, funcionais e técnicas expressas de forma precisa através das funções que o produto ou serviço desempenha. As características funcionais, são aquelas que são directamente úteis ao cliente e que permitem ao produto ou serviço dar resposta ao quadro de suas necessidades, como por exemplo a fiabilidade. As características técnicas são aquelas que resultam da solução técnica, como por exemplo, peso, altura, entre outras.

Assim e segundo Ramos Pires (1993), as características da Qualidade podem ser expressas numa forma precisa através das funções que o produto ou serviço desempenha. Neste sentido a Qualidade começa pela identificação das necessidades do cliente em termos de funções que este produto ou serviço deve desempenhar. É o surgir do produto ou serviço virtual ou concepção. Segue-se a procura da melhor solução técnica transformando-se no produto ou serviço real. Segundo o mesmo autor podem existir vários pontos de equilíbrio entre as características funcionais e as características técnicas, ou vários níveis de Qualidade, ou vários níveis de necessidades a satisfazer (fig. nº 1).

Figura nº 1 – Características funcionais e técnicas da Qualidade



Fonte: Pires, A. Ramos. In Sistemas de Gestão da Qualidade, p.20

Neste contexto, o produto ou serviço deve ser concebido e relacionado com os clientes a satisfazer. Isto é, por um lado possuir as características que lhes permitam prestar os serviços ou desempenhar as tarefas que os clientes necessitam e esperam dele. Por outro lado custar o que os clientes estão dispostos a pagar. A solução será aquela que ao menor custo corresponda um maior valor para o cliente, ou seja obter o maior número de funções e a melhor solução para cada uma delas.

A análise feita até aqui, impõe-nos reflectir sobre a Qualidade dos cuidados de saúde aos clientes internados nos hospitais. Segundo Brook (1976), citado por Seco (1989), o conceito de garantia da Qualidade em saúde não oferece grande controvérsia, convergindo na generalidade dos autores como a avaliação do actual nível de Qualidade dos serviços prestados, acrescidos do esforço de implementação das mudanças consideradas à luz dos resultados obtidos. Segundo os mesmos autores, é reconhecida e aceite a nível da comunidade científica Internacional, a expressão "Garantia da Qualidade" para a área do conhecimento dos cuidados de saúde. Trata-se de uma expressão sinónima de "Controlo da Qualidade". Numa opção mais abrangente a designação garantia da Qualidade de acordo com os mesmos autores, tem como finalidade a melhoria contínua, incluindo a avaliação e medidas correctivas.

Também Juran (1995) e Deming (1980), entre outros, a expressão "Garantia da Qualidade" é tomada como um processo contínuo permanentemente inatingido que por um mecanismo de feed-back introduz factores de regulação e correcção de deficiências em relação a padrões previamente fixados e aceites como válidos pelos diferentes inter-

venientes no processo. Para Ramos Pires (1993), é um Sistema de gestão capaz de dar a máxima confiança de um determinado nível de Qualidade desejado estar sendo alcançado ao mínimo custo.

Segundo Seco (1989), a garantia da Qualidade na saúde permite deslocar toda a distribuição para níveis de Qualidade superiores, mas não significar que a todos os clientes seja oferecido "o melhor" ou que todos eles tenham acesso ao "melhor". Pode também acontecer que os cuidados prestados sejam excessivos e até prejudiciais, o que implica custos superiores com inferior Qualidade. Ou que, os cuidados sejam excessivos, mas que não sejam prejudiciais, o que implica do mesmo modo um aumento de custos sem que haja a correspondente melhoria de Qualidade, provocando portanto desperdício de recursos.

Pelo exposto, verifica-se que a garantia da Qualidade nem sempre foi um fenómeno pacificamente aceite na saúde. Por um lado, duvidava-se que pudesse trazer benefícios para os cuidados de saúde em geral, e por outro, temia-se que contribuisse para aumentar os custos. Ao contrário do que nos diz Deming (1980), que é possível simultaneamente aumentar a satisfação do cliente e baixar os custos.

A Europa, segundo Homem Cristo (1995), não fugiu à regra, e a esta dúvida associava-se ainda uma atitude de inércia e por vezes até de hostilidade em relação à introdução de mudanças de atitudes, de técnicas organizacionais, indissociáveis de qualquer sistema de garantir a Qualidade. Em última análise, a garantia da Qualidade era considerado um fenómeno típico dos EUA, que não tinha justificação na Europa. Eram "Americanices".

No entanto, as razões que levaram à sua aceitação no continente Americano, são as mesmas que contribuem para que a atitude na Europa lhe seja hoje mais favorável, de que são testemunho a constituição de associações nacionais para a garantia da Qualidade em Itália, Espanha e França. Destas vantagens salientamos:

- A detecção de variações extremamente elevadas ao nível de Qualidade dos cuidados prestados. Variações essas tanto mais inexplicáveis quanto a sua amplitude aumenta na mesma proporção do grau de complexidade e satisfação técnico-profissional das organizações de saúde.

- As preocupações éticas e de segurança que estão subjacentes à garantia de Qualidade. Trabalhando a um nível qualitativo elevado é possível melhorar a Qualidade dos cuidados prestados ao cliente e assegurar o controle dos riscos de lesão.
- Os progressos ao nível do diagnóstico e da terapêutica criaram serviços que permitem salvar muitas vidas, mas extraordinariamente dispendiosos, o que levou à adopção, pela sociedade em geral, de uma postura de exigência de controle da sua utilização. É indispensável que sejam usados, não só com eficiência, mas também que níveis elevados de Qualidade técnica sejam respeitados.

Em Portugal, segundo Homem Cristo (1995), apenas nos últimos anos se tem verificado motivação para este tema, quer por parte dos centros de decisão política quer por parte dos profissionais de saúde. Há, no entanto, a implementação de alguns sistemas de garantia de Qualidade no nosso país em várias organizações de saúde.

Em síntese conclui-se que:

- Gerir significa medir. Noções de grande ou pequeno, largo ou estreito, pesado ou leve, branco ou preto, não encerram a noção de comparação com um padrão ou com uma referência a medição. A garantia da Qualidade pressupõe o tratamento integrado dos instrumentos inerentes à gestão da Qualidade e normalização.

A normalização para Ramos Pires (1993), pode ser entendida como a "Base da Qualidade" que por si só, não é suficiente, mas sim, requisito mínimo, a qualquer organização, que pretenda plena satisfação dos seus clientes e caminhar para a excelência.

Das muitas técnicas, métodos e ferramentas da Qualidade que poderão ser úteis na área da saúde refere-se o conhecido ciclo PDCA (planear, fazer, verificar e actuar) de Deming e sua relação com as ferramentas clássicas da Qualidade, largamente utilizadas no mundo da Qualidade, (quadro nº 1).

A primeira etapa do ciclo PDCA resume-se a dizer o que se vai fazer e como fazer, para responder às necessidades e expectativas do cliente. A segunda, é fazer o que se disse que se faria. Na terceira etapa, é medir os nossos produtos ou serviços e comparar aos resultados esperados. Finalmente analisar os problemas detectados e encontrar soluções.

Quadro nº 1 – Metodologia de Deming e ferramentas clássicas da Qualidade

CICLO PDCA	ETAPAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
PLANEAR (P)	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar o tema • Colectar e analisar dados • Analisar as causas 	Gráficos, Diagrama de Pareto, Histograma, Diagrama de Causa-Efeito, Diagrama de Dispersão
FAZER (D)	<ul style="list-style-type: none"> • Planear e implementar a solução 	
VERIFICAR (C)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os efeitos 	Gráficos, Diagrama de Pareto, Histograma, Carta de controlo, Diagrama de Dispersão
ACTUAR (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Standardizar a solução • Reflectir no processo (próximo problema) 	
(fornece a interacção)	(fornece os passos)	(fornece as ferramentas)

Fonte: Adaptado de Moutinho Adalberto (1990) – Modelo de resolução de problemas potenciador das ferramentas da Qualidade. Lisboa, p.18 a 21.

A garantia da Qualidade implica uma nova filosofia de gestão de recursos e de gestão da Qualidade. Por outro lado, segundo Drucker (1996), distingue-se da perspectiva clássica da gestão participativa por objectivos, com a vantagem de prevenir o ambiente interno de rivalidade e competitividade, que por vezes não se olham a meios para atingir os fins. Contudo, para realizar ou prestar serviços de Qualidade, não basta apenas possuir normas. Há que confrontar se o que realizamos está de acordo com o estabelecido. É o domínio da metrologia. Isto é, haver padrões credíveis de medida.

A Gestão da Qualidade Total, segundo a NP EN 9001 (1995), é entendida como uma abordagem de gestão para uma organização centralizada na Qualidade, que se baseia na participação de todos os seus membros, visando o sucesso a longo prazo, por meio da satisfação do cliente e dos benefícios para os membros da organização e para a sociedade. É um sistema de gestão que desenvolve a contínua melhoria da "performance" a todos os níveis de todas as funções, centrando a sua acção na maximização da satisfação do cliente. Requer um compromisso com um sistema de Qualidade extensivo a toda a organização. Segundo Juran (1995), a GQT assume que a maioria dos problemas não resultam de erros de profissionais, mas sim, da incapacidade do sistema funcionar adequadamente. Tal sistema implica por um lado o garantir a confiança ao cliente de que a Qualidade do serviço está sendo alcançada. Por outro lado, permite verificar de que a

Qualidade está sendo alcançada ao menor custo. Tal sistema implica métodos, desenho de processos, ferramentas, técnicas de análise estatística, monitorização das actividades, cultura organizacional, liderança, entre outros. São factores de sucesso e favoráveis à aprendizagem constante, indispensável à inovação e à evidente mudança, na actual "aldeia global" em que vivemos.

Liderança e gestão

Para Chiavenato (1982), a administração é a interpretação dos objectivos da empresa, traduzida em esquemas de planeamento, organização, direcção e controle de acção empresarial. Para o mesmo autor as quatro funções da Administração expressas nesta definição, três delas têm características técnicas, enquanto a função direcção tem como característica mais marcante a interpessoalidade. A liderança encontra-se incluída nos papéis interpessoais, uma das categorias em que se divide as actividades dos gestores.

É pois, no estudo da função direcção que nos surge o termo liderança. Hampton (1983) citado por Marques (1997), considera a direcção e *liderança* a mesma coisa. Enquanto outros autores consideram a liderança um meio de exercer a direcção, pressupondo o apoio de outros dois meios, a motivação e a comunicação. Para o mesmo autor, a liderança é a arte de influenciar pessoas através do processo de comunicação, de modo que seja realizada uma tarefa ou atingindo um objectivo. Os líderes exercem influência (factor psicológico) sobre os subordinados, levando-os a agir. Esta capacidade de fazer mover os outros voluntariamente e de forma útil para a organização não se encontra ao mesmo grau em todos os indivíduos que ocupam lugares de chefia. Segundo a grande maioria dos teóricos, interessa a nível das organizações, não tanto o líder, mas, fundamentalmente, o processo de liderança, em que avultam como elementos fundamentais. É vital o exercício intencional do poder e influência por parte de um actor, a natureza colectiva do destinatário e a preocupação com os objectivos comuns.

Segundo Marques (1997) e Cardoso (1995), *liderança* e *gestão*, são dois conceitos que muitas vezes se confundem. O primeiro refere-se à articulação da Visão, Missão, Direcção e Pensamento Estratégico. O segundo refere-se à capacidade administrativa de atingir metas e administrar procedimentos.

Deming (1980), Juran (1995), Crosby (1966), explicitaram esta importância e postularam que a liderança deve ser adoptada e instituída e os dirigentes devem estar comprometidos. É da competência da gestão de topo assumi-la e conduzi-la através de uma acção clara e persistente. Então, e segundo os autores citados, podemos dizer que gestão e liderança são funções interdependentes, correspondendo à primeira, maiores capacidades técnicas e à segunda maiores capacidades interpessoais. Para os mesmos autores, é como se existissem, individualizadas, nos extremos de um contínuo de competências necessárias para o exercício de um lugar de chefia.

No passado, segundo Peter Drucker (1995), nas teorias clássicas, procurava-se encontrar a melhor maneira de liderar. Mas estas teorias cedo demonstraram a sua insuficiência. As abordagens situacionais ou contingenciais consideram que não existe um estilo de liderança ideal, já que o processo de liderança é função de três variáveis nele interveniente: líder, seguidores e contexto, em que a liderança é exercida. Nesta perspectiva, o estilo de liderança deverá ser ajustado caso a caso em função das três variáveis. Assim, o líder, consoante os casos, adoptará um dos quatro estilos de liderança possíveis: Directivo; Orientação; Apoio e Delegação. Em qualquer um deles, os aspectos fundamentais, segundo Drucker (1995), é a flexibilidade, e o diagnóstico da fase de desenvolvimento dos colaboradores.

O estilo directivo segundo o mesmo autor, envolve um comportamento directivo e psíquico de apoio. O líder fornece instruções específicas e controla de perto a realização das tarefas. Pode ser útil, na exigência de rápidas decisões, quando há muita coisa em jogo, ou quando há inexperiência dos executivos. É o que nos diz Peter Drucker (1995), que em crise não há liderança partilhada, porque quando o barco se está a afundar o capitão não pode convocar uma reunião para ouvir as pessoas. Tem de dar ordens! Esse é o segredo, segundo o mesmo autor, da liderança partilhada: saber em que situações agir como chefe e em que situações actuar como parceiro.

O estilo de orientação, e segundo Drucker (1995), é aconselhável em fase de desenvolvimento dos executivos e há que ensinar, encorajar, motivar, ouvir os problemas e louvar os progressos.

O estilo de apoio, aplicável aos executivos experientes e competentes. É o estilo mais participativo, com muito apoio e pouca direcção. Os assuntos são discutidos e resolvidos em conjunto e por consenso. Para Peter Drucker (1995), Tom Peters (1996), é o

grupos e fomentadoras da eficiência organizacional. Os membros das organizações não podem ser reduzidas ao "*homo economicus*" de Taylor. O ser humano nas organizações é, acima de tudo, um "*homo sociologicus*" e "*homo psicologicus*". (Tom Peters, 1995)

Na opinião destes autores, o melhor modo de enfrentar a tempestade da mudança consiste em responder a duas perguntas fundamentais: Como gerir o processo de mudança e qual será o novo papel dos líderes. Acreditam que a velocidade e a intensidade da mudança tenderão a aumentar, o que obriga os gestores a tomar decisões mais rápidas e mais rigorosas. Por outro lado, terão de ser mais humildes e apostarem na formação contínua teórico-prática.

Num contexto de mudança e inovação, segundo Marques (1997), faz sentido as quatro competências da liderança nomeadamente gestão da atenção, gestão do significado, gestão da confiança e gestão do eu. *A gestão da atenção* dos outros é feita através do empenhamento que os líderes evidenciam na concretização de uma Visão "poderosa". *A gestão do significado* é um elemento importante na comunicação e clarificação da visão. Ao criar um significado, a visão dos outros, promovendo a identificação destes com aquela. *A gestão da confiança* implica, por parte da liderança, atitudes e comportamentos uniformes, de forma a criar um ambiente de respeito e confiança. Nele os elementos da organização sentem-se responsáveis e seguros e sabem que podem contar com os superiores. *A gestão do eu*, compreende o conhecimento das suas próprias capacidades pelo líder e aplicação dessas capacidades de forma eficaz.

Por tudo quanto dissemos, podemos considerar que a GQT é um processo de dentro para fora, uma forma de estar, uma preocupação que começa nos líderes e, através do exercício de uma liderança efectiva, se transmite e estende aos elementos da organização. (Tom Peters, 1995)

Deming, explicitou esta importância da gestão, não só em duas das suas catorze recomendações na garantia da Qualidade em que a liderança deve ser adoptada, instituída e envolvida, mas também pela responsabilidade atribuída à gestão de topo. Nos seus conceitos, enfatiza os métodos estatísticos (uniformidade e dependência) e o aparecimento do cliente como parte fundamental e central de todo o processo.

À semelhança de Deming, Juran afirma também que as grandes responsabilidades pela Qualidade pertencem à gestão de topo. Defende um ciclo interminável e gradual de garantia da Qualidade, aplicáveis a qualquer organização: Definição das unidades de

medida; selecção dos pontos de inspecção; processo sistemático de medida; selecção dos "standards de performance" como pontos de comparação; interpretação das variações entre a performance real e os valores padrão; decisão das acções a desencadear e implementar a acção. Para estes autores, a garantia da Qualidade é um processo contínuo permanentemente inatingido, que por um mecanismo de feed-back introduz factores de regulação e correcção de deficiências em relação a padrões previamente fixados e aceites como válidos pelos diferentes intervenientes do processo.

Para os mesmos autores, serviços excelentes, resultam da visão, missão, políticas e objectivos claramente comunicados flexíveis à criatividade de todos os envolventes e integrados nas estruturas organizacionais. Por políticas, entende-se o conjunto de decisões e de regras de conduta, durante um determinado período de tempo, com vista a atingir certos objectivos em estruturas organizacionais compatíveis.

Estrutura Organizacional

Estruturar uma organização, para a grande maioria dos teóricos é definir funções, com quem e como se deve relacionar em termos horizontais e verticais. E porquê? Para Cardoso (1995), organizar significa integrar de uma forma harmoniosa os recursos humanos técnicos e financeiros de forma a otimizar a consecução das metas definidas. Implica uniformização de metodologias e instrumentos compatíveis orientados por cultura de envolvimento de todos nos objectivos da empresa. A partir dos objectivos das organizações, pode compreender-se o seu funcionamento interno, tendo presente as características do ambiente externo, das tecnologias e das estruturas organizacionais.

Trata-se no fundo de, perante uma dada realidade desenvolver uma dinâmica organizacional presidida por objectivos, estratégias e processo de tomada de decisão que integre recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros necessários ao funcionamento da organização.

Segundo Caetano et al (1996), as estruturas organizacionais, os níveis hierárquicos de autoridade, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão, são o resultado da sua adaptação e reacção sistemática às contingências do ambiente externo. Para o mesmo autor, o melhor modelo será, portanto, aquele que consegue uma melhor adaptação e ajustamento face às contingências das pressões desse mesmo ambiente, interli-

gado ao ambiente interno. Por outro lado, a existência de uma prática institucional normalizada é sobejamente reconhecida na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adequação de procedimentos ao ritmo da evolução do conhecimento científico e da inovação técnica. Nos hospitais e para Zélia Fernandes (1997), as metodologias da Qualidade, de distribuição de trabalho, “por enfermeiro responsável”; “processo de enfermagem”; “sistema de classificação de doentes”; “definição de padrões e critérios de Qualidade”, são métodos e instrumentos testados e de utilização crescente, que reúnem características que os recomendam, também entre nós, como instrumentos privilegiados em estruturas organizacionais flexíveis.

Como elementos básicos principais, segundo Caetano et al (1996), são: vértice estratégico, linha hierárquica, núcleo operacional, tecnoestrutura e serviços de apoio logístico. Os três primeiros constituem aquilo que Mintezberg (1979), designa por órgãos hierárquicos, dotados de autoridade e do poder de decisão, directamente implicados no trabalho operacional da organização. Os restantes são órgãos funcionais com funções de aconselhamento técnico ou de apoio aos órgãos operacionais. Todos estes elementos se ligam uns aos outros por uma linha de autoridade contínua e unida pela mesma cultura organizacional.

Cultura organizacional

No mundo da Qualidade, segundo Deming (1980), Juran (1996), entre outros, qualquer empresa com a visão da Qualidade, colocará o cliente no centro, colocando-se ao seu serviço e não servir-se dele. É aqui, que para o cliente dum serviço começa a excelência.

Segundo os autores referidos, é este o mundo da gestão da Qualidade que implica mudanças. Por outro lado, formalizar sistemas de gestão da Qualidade nos Hospitais irá compreender um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de garantir que as actividades importantes para a Qualidade decorram de forma harmoniosa entre fornecedores e clientes, o que implica metodologias de trabalho e unidades de medida compatíveis. Para os mesmos autores, a Gestão da Qualidade Total, é um processo caracterizado pelos seguintes factores: - Excelência nos processos; cultura de "Melhoria Contínua"; melhor relacionamento com os clientes e fornecedores; envolvimento de todos os trabalhadores e clara orientação para a envolvente externa. E porquê? Se a

estilo de liderança eficaz nas organizações num mundo em mudança. Segundo estes autores, só assim, as empresas poderão com sucesso recriarem as suas organizações criando o futuro e acrescentam, que, como ninguém pode prever o futuro, o objectivo é imaginar um futuro que se pode fazer acontecer.

Finalmente o *estilo de delegação*, aplicável, segundo Drucker (1995), quando o desempenho é excelente. As pessoas são competentes e empenhadas e não precisam de directivas nem de apoio, auto-recompensam-se, desde que saibam quanto se estão a sair bem. É o estilo de liderança aplicada nas equipas auto-dirigidas e defendidas por Juran e pela Artur Andersen. O Hospital de Lakeland na Flórida, é exemplo credível deste estilo de liderança.

Esta complexidade desta nova realidade, coloca desafios aos gestores, no sentido de serem capazes de irem ao encontro dos anseios e expectativas humanas, através de soluções simples e flexíveis; até porque, as pessoas são o recurso mais importante na empresa e esta realidade tem de ser tomada a sério, o que implica conhecer profundamente a natureza humana. É a nova filosofia da gestão de talentos em que o homem é o recurso mais valioso de qualquer Organização. (Drucker; Tom Peters 1995)

Para Drucker (1995), entre outros autores, o homem é um ser com exigências de autonomia e desenvolvimento, a par das necessidades de pertença, procurando cada vez mais, os maiores desafios em termos do saber fazer. Tais realidades confrontam os gestores com novas exigências de uma gestão participativa "com e através" das pessoas. Gerir "com e através" das pessoas é também encarregar-se de alguma coisa, e não só o fazer cumprir ou realizar. As pessoas não são seres abstratos. São seres humanos, com um nome, uma família, uma história. Qualquer profissional é uma pessoa humana, preparado tecnicamente a trabalhar em equipa, ao serviço de outro que nele confia, com direitos e deveres profissionais. O ser humano é uma totalidade e é fundamental conhecê-lo em profundidade e não, apenas, as coordenadas que determinam as funções que desempenha.

Para liderar as relações e as interacções sociais desses grupos formais, segundo Drucker (1995), é necessário que os líderes tenham conhecimentos apropriados. Torna-se, assim, segundo o mesmo autor, essencial que as organizações façam grande investimento na selecção e formação de uma liderança de tipo democrático, de forma a que a coesão social e a cooperação sejam uma realidade profundamente integrada na dinâmica dos

Gestão da Qualidade Total é uma forma nova de ser e estar de todos os membros da organização, persistentemente construída, então estamos perante mudanças profundas na atitude de todos os intervenientes face ao trabalho e à gestão. Para os autores citados, só um empenhamento e uma coerência muito forte dos líderes / gestores / chefias, aos diferentes níveis, podem operar tais mudanças inovadoras, incrementais ou radicais que englobam o conjunto de crenças, expectativas e valores partilhados entre os seus membros.

Conforme se pode verificar no quadro (nº 2) seguinte a garantia da Qualidade tem vindo a evoluir com novas metodologias e ferramentas. Segundo Ishikawa, citado por Ramos Pires (1993), os 95% dos problemas da Qualidade podem ser resolvidos com as ferramentas clássicas da Qualidade: Análise de Pareto; Diagramas de causa e efeito e de escada; Histogramas; cartas de controlo. No quadro seguinte resume-se a evolução da garantia da Qualidade até aos nossos dias.

Quadro nº 2 - Evolução histórica da garantia da Qualidade

EPOCAS	EVOLUÇÃO	
1980 – 90 Actual	Gestão da Qualidade Total – GQT; Garantia da Qualidade, custos mínimos e mobilização de todos.	Juran; Deming
1970 – 80	Programas de Gestão da Qualidade; Círculos da Qualidade	Taguchi Crosby
1960 – 70	Fazer bem à primeira; Zero Defeitos; Controlo Total da Qualidade (TQC)	Crosby; Deming; Feigenbaum; Juran
1930 – 60	Controlo estatístico da Qualidade, Planeamento; Análise dos resultados	Deming; Ishikawa
1900 – 30	Inspeção da Qualidade - Métodos estatísticos	Shewhart
Antes de 1900	Predominância da mão-de-obra	Taylor

FONTE: Adaptado de PIRES, António Ramos (1993). *Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Ed. Sílabo, p.29.

Pelo exposto conclui-se que:

- A ênfase na Qualidade deslocou-se da metodologia puramente técnica aplicada pelos funcionários do departamento de Controlo da Qualidade, para uma filosofia organizacional que relaciona a Qualidade com todos os empregados a todos os níveis hierárquicos da empresa, a começar pela gestão de topo ou vértice estratégico.

- Por outro lado, constata-se que as empresas estão a direccionar-se rapidamente para além do controlo, pelo envolvimento do trabalho em equipa. O planeamento, a formação, a gestão, a melhoria, definição de novos processos, são tarefas executadas por equipas que trabalham em toda a empresa.
- Também os sistemas informáticos são peças chaves na infraestrutura da gestão da Qualidade. A informação assim obtida pode melhorar nos processos futuros, reduzir os tempos de cada ciclo e melhorar a distribuição de serviços e apoio ao cliente.
- Segundo Donabedian (1980) citado por Perez (1992) a garantia da Qualidade está dependente das regras dos “5M” – Homem (Man); Máquinas (Machines); Métodos (Methods); Materiais (Materials) e Gestão (Management).
- Finalmente, tanto na fase de concepção como nas fases de coordenação, controlo e avaliação é necessário partir do conhecimento exaustivo da realidade, de forma a permitir a quantificação da Qualidade. Para isso, e segundo Perez (1992), o primeiro passo será decidir o que queremos medir, que escala de medição utilizar e que valores considerar como aceitáveis.

1.2 - GESTÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS

As normas NP EN ISO 9001, (Norma explicativa da implementação de sistemas de gestão e garantia da Qualidade, 1995), afirma que a gestão deve definir e documentar a sua política e objectivos assim como o seu comprometimento em matéria de Qualidade. Deve ainda assegurar que a política seja compreendida, posta em prática e mantida operacional a todos os níveis da organização.

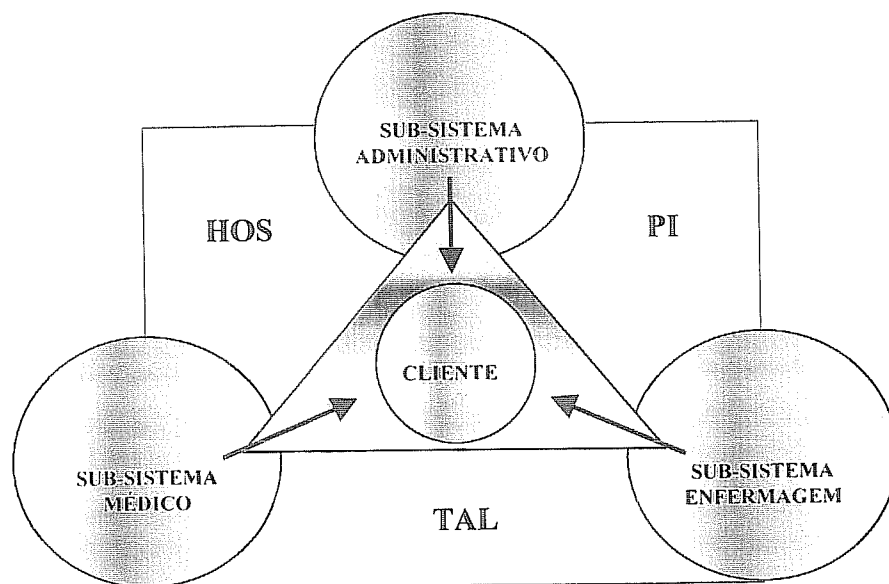
A política de gestão segundo a norma referida, não é uma intenção, mas uma opção, uma linha de orientação, uma linha de acção. Isto é, são directivas úteis dadas pela gestão de topo aos serviços operacionais em matéria de Qualidade, o que deve ser feito. O executivo deve saber exactamente o que a empresa espera que ele faça. Segundo Ramos Pires (1993), as directivas são orientações dadas. É afirmado o "Que" deve ser feito e não o "Como" deve ser feito. O "Como" será o objectivo dos procedimentos. Um objectivo segundo o autor citado, é expresso por uma afirmação de que um resultado

desejado é para ser alcançado num período de tempo especificado. A quantificação é essencial em termos de resultados, e/ou datas. É também da responsabilidade da direcção, identificar tarefas, atribuir responsabilidades e autoridade aos departamentos e aos indivíduos dentro dos departamentos.

A gestão da Qualidade no Hospital segundo Alcinda Fernandes (1998), é o processo formal e sistemático de identificação de problemas na prestação de cuidados de saúde, desenvolvimento e implementação de medidas correctivas, reavaliação e monitorização dos seus impactos. A decisão de implementar a garantia da Qualidade é uma decisão estratégica, que pertence à direcção da organização. Segundo Tom Peters (1992), Peter Drucker (1995), Juran (1995), Deming (1982), entre outros autores, a direcção é acima de tudo a "Personificação da Visão". Isto é, para onde a organização se dirige. A sua importância, segundo os autores citados, é que ela nos dá o controlo, por ser nela que giram as decisões que determinam a natureza da Organização, o que implica pensar, agir e lutar, Qualidade; comunicar os objectivos e conseguir a adesão de todos os envolvidos, no sentido de convergência para os mesmos objectivos. Por outro lado, a implementação de um processo de garantia da Qualidade, implica uma evolução da cultura da empresa, que exige tempo, paciência e persistência.

Para Marques (1997) e Alcinda Fernandes (1998), o Hospital é por excelência, o espaço onde se processa a produção de bens e serviços de saúde diferenciados. É hoje em dia encarado como um complexo sistema, que deve assimilar o essencial das regras da gestão empresarial para satisfazer as necessidades dos clientes e mesmo exceder as suas expectativas. Para Alcinda Fernandes (1998), o Hospital é o sistema formado pelo conjunto de três sub-sistemas - "Administrativo, Médico e Enfermagem" e a figura central do cliente (figura nº 2).

Fig. 2- O Hospital e a interface com o cliente



FONTE: - Adaptado de Chaves et al (1994), in: O papel do enfermeiro director para o cuidado do serviço de enfermagem, p.249 a 257.

O sub-sistema de Enfermagem, é o produto de uma prática social identificada, que segundo Collière (1989) a acção de enfermagem, situa-se em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, tendo em vista a prevenção e a eliminação da doença. Alcinda Fernandes (1998), define serviço de Enfermagem de uma instituição como uma parte ou a totalidade onde os enfermeiros desenvolvem as suas actividades legais, ou seja os cuidados. Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

As definições de enfermagem pouco diferem de autor para autor e globalmente todas pretendem transmitir que a Enfermagem é a arte e ciência tendo por objectivo cuidar do ser humano, quer este esteja são ou doente (Soares, 1997). Segundo os historiadores, a profissão de Enfermagem existe desde o tempo em que o homem regressava ferido da caça e era tratado pela mulher. Com Florence Nightingale começa a chamada Enfermagem Moderna, cujo significado social se transforma ao longo do século XX. É também com Nightingale (Juran, 1996), que é reduzida drasticamente a taxa de mortalidade nos Hospitais de campanha da Crimeia mediante a melhoria das condições higiénicas, através de uma filosofia de Qualidade de Cuidados de Saúde.

Florence Nightingale (Palmer, 1995), ao promover a criação de uma Escola de Enfermagem, tinha em vista a preparação de enfermeiras que, cuidando dos sãos como dos doentes, contribuiriam para o bem estar da Nação e fazer sair a enfermagem, da degradação em que se encontrava. Florence Nightingale, pioneira na Qualidade dos Cuidados de Saúde, apresenta o paradigma de Enfermagem, ou seja o modelo teórico ainda actual, centralizado em três conceitos: cliente; enfermagem; ambiente. O fulcro do seu pensamento, centra-se no ambiente. Assim em 1859, Nightingale definiu “Homem”, como o ser humano que está sujeito às mesmas leis que a natureza, quer seja doente quer saudável. O enfermeiro, é o guia e professor de saúde do indivíduo. A enfermagem, deve significar o uso apropriado do ar fresco, luz, calor, limpeza, sossego e selecção de dieta adequada. A Saúde, está relacionada aos factores ambientais. Nos seus registos (Soares, 1997), marcou a importância da enfermagem utilizar uma observação contínua, registos sistematizados sobre os acontecimentos, e desenvolver actividades que fossem de encontro às diferentes necessidades dos indivíduos, para os manter nas melhores condições possíveis.

Pela análise da resenha histórica do que tem sido a enfermagem, (Almeida, 1986; Mejer, 1995; in Bento 1997), constatamos que a partir da década de cinquenta a construção de marcos teóricos de referência, foram como que guias orientadores da prática, formação e investigação em enfermagem. Permitiram, segundo os autores citados, explicitar o “que” fazem e “porque” fazem os enfermeiros, mediante a descrição, explicitação, predição e controle dos fenómenos. Os cuidados de enfermagem começam por ser conceptualizados como execução de tarefas diversas. Assim, evolui o saber em enfermagem, no sentido de desenvolver um quadro conceptual, uma estrutura da prática, que lhe seja próprio, singular e distinto. Isto é, de explicitar qual a essência dos cuidados de enfermagem, sua função social específica e autónoma da enfermagem. Aparecem-nos assim os cuidados de enfermagem como sendo a assistência prestada à pessoa considerada no seu todo em interacção permanente com o meio.

A enfermagem é apresentada como uma ciência humana e humanitária e uma arte, como parte criativa da ciência de enfermagem, que tem como objecto o “cuidar” da pessoa no sentido abrangente de promoção da vida. Isto é, tudo aquilo que ajuda a viver. Para Leininger (1978) e Watson (1985), a enfermagem é a ciência e a filosofia do cuidar. O cuidar, segundo estas autoras é entendido como um conjunto de acções que

permitem ao enfermeiro, facilitar a saúde, respeitando os valores e as crenças, o modo de vida e a cultura das pessoas. Para as mesmas autoras, os enfermeiros podem melhorar a Qualidade dos cuidados que prestam às pessoas se estiverem atentas às dimensões humanas como a espiritualidade e a cultura, integrando-as nos cuidados esses conhecimentos. Hoje, o Ensino Superior Politécnico, onde se insere o Ensino Superior de Enfermagem, versa uma formação cultural e técnica a nível superior. Isto implica, segundo Bevis (1989) que, para além de dotar os estudantes de enfermagem de um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos actualizados, as Escolas devem também estimular o desenvolvimento de competências comportamentais, como por exemplo a capacidade para inovar e criar.

O conteúdo funcional da carreira de Enfermagem nas áreas de actuação, prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica (artº 7º, 8º e 9º do Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro) consagra princípios conducentes à Qualidade de cuidados e serviços particularmente: definição de padrões; normas e critérios; avaliação da Qualidade; formação em serviço; avaliação do desempenho; investigação; planeamento; auditorias; uso de indicadores e implementação de informação para a gestão. O exercício destas competências, decorrem naturalmente do processo de gestão na garantia da Qualidade dos cuidados aos níveis de concepção, execução, controlo e avaliação. A definição de padrões e critérios tem como alvo ajudar os enfermeiros a descobrir os meios com que possam medir a Qualidade dos cuidados; ou seja, instrumentos de medida que poder ter várias formas desde listas de aferição a questionários. A avaliação neste contexto, é o meio de verificar se foi realizado o que foi proposto na fase de concepção e planeamento. Esta comparação envolve elementos racionais objectivos e subjectivos. Os elementos subjectivos implicam apreciações feitas pelos nossos sentidos e atitudes. Enquanto que os objectivos englobam as coisas que podem ser observadas. E são estes dois elementos, (Kemp, 1995), por vezes em conflito, que a medição da Qualidade, pode ser difícil. Assim nasce a necessidade de padrões e critérios para nos guiar e ajudar a obter resultados credíveis.

Pelo exposto a gestão da Qualidade dos cuidados de enfermagem ocorre dentro de um sistema complexo de estruturas, interrelacionadas e como componente essencial de um sub-sistema, do sistema maior, o Hospital, contribuindo com a sua quota parte para a oferta de cuidados de saúde de Qualidade à população. Assim a Qualidade só pode ser

alcançada se houver coerência entre os diferentes sub-sistemas, estratégias, competências profissionais qualificadas e actualização teórico-prática.

Competências profissionais

Por competência e segundo a *Ordre des Infirmières du Quebec* (1980) e *Ordem dos Enfermeiros Portugueses* (1998), entende-se a Qualidade de um enfermeiro que exerce a sua profissão de acordo com as normas de exercício. Isto é, possuindo os conhecimentos científicos e profissionais, desempenham adequadamente as tarefas inerentes às suas funções num papel determinado. Deste modo, a competência é inseparável da acção. Ou seja, as competências são compreendidas pelas actividades desenvolvidas. Para alguns teóricos a uniformização dos métodos e procedimentos numa instituição com a complexidade e exigência de um hospital, que tem responsabilidades inalienáveis na formação é condição essencial de organização e eficiência. A possibilidade do Hospital, e cada um dos seus elementos, se rever num conjunto de práticas e procedimentos comuns partilhando uma “rotina institucionalizada”, constitui um poderoso elo de identificação cultural potenciador da garantia da Qualidade dos cuidados de saúde. Em síntese (quadro nº 3), resume-se os conceitos operacionais de Qualidade, gestão da Qualidade e competências profissionais dos enfermeiros gestores concernentes à garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital.

De facto, o que diferencia o bom profissional, segundo os mesmos autores, é a Qualidade superior do seu desempenho, as “performances” que conseguem obter e, o mais importante, a forma como se assumem, ou seja, a sua atitude profissional. E ser profissional, é ser capaz de aplicar e integrar os conhecimentos, as informações e as técnicas específicas da actividade que exerce.

Quadro nº 3 - Conceitos operacionais da Qualidade, Gestão da Qualidade Total e com competências legais dos enfermeiros.

DIMENSÕES	GESTÃO GQT JURAN e DEMING	PROCESSOS DE GESTÃO TRILOGIA JURAN	NÍVEIS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS LEGAIS DOS ENFERMEIROS
<p>CONCEPÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclui as necessidades e expectativas em termos funcionais e técnicos. <p>(Produto ou serviço virtual)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definição das unidades de medida. Seleção dos pontos de inspeção. Processos sistemáticos de medida. 	<p>PLANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar os clientes e as suas necessidades Desenvolver características do produto ou serviço que respondam às necessidades dos clientes. Desenvolver processos capazes de produzir as características adequadas 	<p>CONCEPÇÃO</p> <p>PLANEAMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definição de padrões, critérios e indicadores Organização dos cuidados
<p>USO</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclui que o produto ou serviço desempenhe ou preste os serviços esperados. <p>(Produto ou serviço real)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implementar a acção Decisão das acções a desenvolver. 	<p>MELHORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabelecer as infra-estruturas Identificar os projectos de melhoria Estabelecer equipas de projecto Fornecer treino, recursos e motivação para atingirem objectivos propostos. 	<p>COORDENAÇÃO</p> <p>EXECUÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uso de indicadores Implementação de informação Formação em serviço
<p>FABRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclui que o produto ou serviço esteja segundo os padrões. <p>(Comparação entre o produto virtual e o real)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Seleção dos "standards de performance". Análise entre o real e os valores padrão. 	<p>CONTROLO</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desempenho real do produto ou serviço Comparar o real com os objectivos delineados Actuar sobre as diferenças se existirem. 	<p>CONTROLO</p> <p>AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Auditorias internas e externas Avaliação dos resultados da Qualidade dos cuidados Investigação

Fonte: Adaptado de Juran e Decretos-Lei 437/91 e 161/96.

Segundo Perez (1992), as três áreas de gestão na saúde e a conhecida trilogia de Juran, são comuns. Inclui a determinação dos clientes e suas necessidades, desenho de processos capazes de satisfazer essas necessidades identificadas, seleccionar métodos, estratégias de avaliação e controlo, estabelecer equipas, fornecer treino, recursos e motivação às metas propostas.

Métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade

O controlo da Qualidade segundo Ramos Pires (1993), trata de manter o processo tal como foi planeado, rumo aos objectivos traçados e inclui o avaliar o comportamento real da Qualidade; comparar a realidade com os objectivos e actuar sobre as diferenças detectadas. A melhoria da Qualidade inclui decidir as necessidades de infraestruturas; identificar as necessidades susceptíveis de melhoria; formar e responsabilizar equipas necessárias para esta melhoria. As acções correctivas são essenciais para obter controlo, isto é, evitar que produtos, processos e procedimentos se afastem dos parâmetros estabelecidos. Estas acções, podem dizer respeito, desde produtos ou serviços; processos e podem ser desencadeadas pela inspecção e auditorias internas da Qualidade. Os resultados dependerão, por um lado das competências profissionais e por outro lado dos métodos de controlo e de estratégias de avaliação.

Pelo exposto, verifica-se que os enfermeiros constituem um dos sectores profissionais prestadores de cuidados, que pela natureza e essência do seu desempenho ao nível da prestação directa de cuidados, quer pela gestão e formação, implicam uma relação de proximidade e continuidade com os clientes. O processo de garantia de Qualidade de Serviços nos Hospitais, atinge assim cada enfermeiro individualmente, através da competência, consciencialização da sua contribuição e responsabilidade específica. Contudo, (Alcinda Fernandes, citado por Chaves et al, 1994), ultrapassa a individualidade de cada um e de cada grupo profissional comprometendo toda a instituição. Aliás, qualquer projecto de Qualidade, é pois, um projecto global de instituição, sendo por isso necessária uma interligação e uma dinâmica de cooperação positiva entre os vários sub-sistemas e grupos sócio profissionais.

Por sua vez, o enfermeiro director, em simultâneo, director do serviço de enfermagem e membro do Conselho de Administração do Hospital, onde, em coordenação com os

restantes membros, é responsável pelos cuidados de enfermagem que o Hospital proporciona à população. É o primeiro responsável pela Política dos cuidados de enfermagem no Hospital. Entende-se como política de cuidados de enfermagem, a ciência e a arte de elaborar orientações de cuidados, fixar objectivos, adoptar estratégias e implementar as respectivas acções, para a Qualidade.

O exercício desta competência legal dos enfermeiros, decorre naturalmente do processo de gestão, tendo como base os padrões de cuidados. Contudo, e segundo os teóricos da Qualidade, é importante determinar os limites dentro dos quais essas variações podem ser consideradas aceitáveis. É o domínio das técnicas e ferramentas da Qualidade ao serviço dos gestores, que para alguns teóricos de enfermagem, é urgente a sua adopção na saúde. Para Kemp (1995), a garantia da Qualidade em enfermagem trata de garantir aos clientes a Qualidade dos cuidados de enfermagem que lhe são prestados. O conceito inclui, dois aspectos fundamentais, a avaliação propriamente dita e as medidas correctivas com vista a modificar a produção dos cuidados no sentido desejado em função de parâmetros pré-determinados. Esta complexidade, coloca desafios aos gestores líderes dos cuidados de saúde, no sentido de serem capazes de irem ao encontro dos anseios e expectativas humanas, através de soluções simples e flexíveis aos clientes internados nos Hospitais, ao menor custo. Por cliente em enfermagem, entende-se, segundo Watson (1988), "um ser n.º mundo", composto por alma, corpo e espírito, percebendo o mundo de forma unívoca e diferente e compreendido por empatia. Também para Leininger, a pessoa é um ser indissociável da sua bagagem cultural. Por cuidados de enfermagem, é entendido, como o conjunto de acções que permitem ao enfermeiro avaliar o estado de melhoria do cliente, respeitando seus valores e crenças. Tendo em referência o paradigma de Enfermagem segundo três teóricas, por nós consideradas mais próximas da essência da Qualidade, nomeadamente, Florence Nightingale; Watson e Leininger, refere-se os conceitos de Homem, Meio Ambiente, Saúde e Enfermagem, conforme quadro seguinte (n.º 4). Para as mesmas autoras, ser enfermeiro é também dominar as técnicas relacionadas com a relação interpessoal com respeito e admiração do cliente pela Qualidade do seu trabalho.

Quadro nº 4 - Qualidade e Cuidados de Enfermagem

	Enfermagem moderna Princípios empíricos		
	Florence Nightingale (1859)	Watson (1979)	Leininger (1978)
Homem	Ser humano sujeito às mesmas leis que a natureza, quer seja doente, quer saudável.	Ser no Mundo, composto por corpo, alma e espírito, de permanência contínua no tempo e no espaço.	Ser que não pode ser dissociado da sua bagagem cultural e representa o indivíduo, a família e o grupo cultural.
Meio Ambiente	Factores ambientais que rodeiam o indivíduo. Envolve a observação contínua, registos sistematizados dos acontecimentos e actividades que vão de encontro às diferentes necessidades individuais.	Mundo físico, material e espiritual, ambiente próximo da pessoa e forças do universo.	Todos os aspectos contextuais em que o indivíduo e o grupo cultural se encontra. Inclui características, físicas ecológicas e sociais.
Saúde	Inclui os factores ambientais para manter os indivíduos nas melhores condições possíveis.	Unidade de harmonia nas três esferas - alma, corpo e espírito.	Crenças, valores, formas de agir, variando com a cultura.
Enfermagem	Deve significar o uso apropriado do ar fresco, luz, calor, limpeza, sossego e a selecção e administração da dieta adequada. O enfermeiro é o guia e professor de saúde no indivíduo	Ciência e filosofia do cuidado. Profissionalização da capacidade humana do cuidar.	Profissão que envolve cuidados culturais coerentes, respeitando os valores culturais e estilo de vida da pessoa.
Cuidados	Melhoria das condições higiénicas através da filosofia de cuidados de Qualidade.	Processo intersubjectivo e de conhecimento epistémico que inclui transacção de um ser humano para outro. A sua finalidade é ajudar a pessoa a atingir um alto nível de harmonia entre a sua alma, o seu corpo e o seu espírito, a essência da profissão.	Comportamentos, funções e processos de cuidados personalizados, dirigidos para a promoção e manutenção de comportamentos de saúde e da sua recuperação, de acordo com a cultura.

Fonte: Adaptado de BENTO, M. Conceição (1997). *Enfermagem que Identidade*, p.44 a 55.

Watson e Leininger consideram que os enfermeiros podem melhorar a Qualidade dos cuidados que prestam às pessoas se estiverem atentos a dimensões como a espirituali-

dade e a cultura e se integrarem nos cuidados os conhecimentos relacionados com estas dimensões, propostos nos seus dez factores primários, básicos na ciência de enfermagem. Segundo Nightingale os enfermeiros podem melhorar a Qualidade dos cuidados, mediante a melhoria das condições higiénicas. A ciência de enfermagem, segundo estas teóricas, situa-se no paradigma da transformação orientado para a abertura sobre o mundo, sendo o "Cuidado" a sua essência, o seu foco principal, dominante e unificador.

Por outro lado, tradicionalmente a divisão da produção de serviços em saúde em estrutura, processos e resultados, segundo Donabedian (1988), citado por Perez (1992), origina uma tripla possibilidade de abordagem da Qualidade dos cuidados prestados. Contudo e segundo o mesmo autor, o conceito de estrutura inclui os factores humanos, materiais, físicos e financeiros necessários à prestação dos cuidados. Por processos refere-se à execução, isto é, os cuidados que os profissionais de saúde prestam ao cliente ou comunidade. Por resultado refere-se o "output" final dos cuidados, o efeito dos cuidados no cliente ou nas pessoas significativas para ele ou para a comunidade.

A validade e relevância das abordagens do processo e dos resultados é amplamente debatida pela generalidade dos autores. A primeira respeita às actividades entre cliente e prestador, e um dos argumentos que lhe é favorável é a sua estabilidade. Os "inputs" (estrutura) e os "outputs" (resultados) são sujeitos a mudanças, mas o processo ("throughputs"), embora com conteúdo dinâmico, está sempre presente através das suas componentes técnica e interpessoal. As críticas feitas à abordagem pelo processo prendem-se com as reservas colocadas à sua fonte privilegiada de informação - "Os processos clínicos". A abordagem da estrutura é considerada pela generalidade dos autores a mais indirecta de todas. Todavia, ela é importante na medida em que uma boa estrutura aumenta as probabilidades de se atingir uma boa "performance".

Finalmente e segundo Seco (1989), a crítica mais grave é a de que os resultados de estudos feitos para detectar correlações positivas entre processo e resultados, não são concluentes. A par daqueles que concluíram que um bom processo conduz a bons resultados, houve também casos em que a correlação encontrada não era significativa. Por outro lado, e segundo os mesmos autores, a influência de factores exteriores (culturais, sociais, ambientais) ao processo de prestação de cuidados pode também pôr em causa a

validade da abordagem pelos resultados na avaliação da Qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Perez (1992) o modelo teórico da produção de serviços de saúde em estrutura, processos e resultados, tem vindo a confrontar-se com o modelo da Gestão da Qualidade Total Industrial (GQT) onde predomina a coerência entre todos os trabalhadores na empresa. Contudo, e segundo o mesmo autor, se o objectivo dos cuidados é alcançar a saúde, todos os esforços deverão concentrar-se na construção de instrumentos e unidades de medida que permitam determinar em que medida a Qualidade foi alcançada, através de padrões e critérios, que pela sua importância e pertinência no fenómeno em estudo será o objecto do sub-capítulo seguinte.

1.3 - CRITÉRIOS E PADRÕES DE QUALIDADE

Ao definirmos Qualidade, chamamos a atenção para a necessidade de formulação de um conceito operativo, que permitisse medir a Qualidade de produtos e ou serviços. Na saúde, segundo (Kemp,1995), a experiência de proceder à definição de padrões de cuidados remonta, pelo menos, ao início deste século, para a supervisão e acreditação dos hospitais nos Estados Unidos da América, focavam os cuidados aos doentes hospitalizados. Por padrões entende-se, segundo Seco (1989), como uma base de medição, um modelo estabelecido ou aceite; um nível definido de excelência ou de conveniência requerida, desejada ou possível. Para o RCN (1986), citado por Kemp (1995), um padrão é um nível acordado de execução, próprio para a população a que se destina, que é observável, realizável, mensurável e desejável. O objectivo da garantia da Qualidade é assegurar ao cliente dos cuidados de enfermagem um elevado nível de Qualidade através de uma monitorização e avaliação contínua, o que implica padrões e critérios previamente estabelecidos. Uma das dificuldades que se deparam habitualmente aos enfermeiros é a forma como se devem determinar esses critérios. Tanto padrões como critérios podem ser ideais ou empíricos.

Patterson (1988), citado por Chaves et al (1994), distingue entre padrões de cuidados que focam os destinatários dos cuidados e padrões de práticas que focam os prestadores de cuidados, traduzidas por normas de actuação profissional do Hospital. Os padrões de

cuidados de enfermagem ao apresentarem o desempenho global do serviço de enfermagem, fornecem os parâmetros para a monitorização e avaliação da Qualidade, permitindo assim a garantia da Qualidade.

Outra classificação possível, é aquela que distingue entre critérios ideais (estabelecidos em termos teóricos) e empíricos, os quais são seleccionados em função da experiência prática e clínica. Se a "performance aceitável" for nivelada pela "melhor performance imaginável" (ideal absoluto) ou por aquela que, nas melhores condições possíveis, se considerar alcançável (ideal óptimo), estamos perante um padrão ideal. Os empíricos têm por base experiências obtidas em situações idênticas.

Os padrões representam o desempenho global desejado para o serviço de enfermagem, podendo ser tangíveis ou intangíveis, vagos ou específicos, mas sempre relacionados com o resultado que se deseja alcançar. O conceito de padrão pode-se encontrar com formulações diversas e resume-se as finalidades da enfermagem. São definidos como os atributos dos serviços oferecidos pelo hospital ao cliente. Constituem referência essencial do desempenho global do hospital e do serviço de enfermagem e devem reflectir:

- As necessidades da população / clientes em serviços de enfermagem;
- A imagem do hospital / serviço de enfermagem no mercado (na comunidade);
- O potencial dos recursos de enfermagem;
- O potencial dos recursos tecnológicos de apoio aos cuidados de enfermagem.

Eles são para o exterior / clientes, o quadro de garantia dos clientes do hospital / serviço de enfermagem, e para o interior do hospital, em especial para o serviço de enfermagem, a referência comum ao conjunto dos enfermeiros, das diferentes unidades de cuidados, para orientarem a sua prática profissional. Isto é, indicam à população o que pode esperar, em termos de serviços de enfermagem, e também aos enfermeiros indicam o que o hospital / serviço de enfermagem espera que no seu conjunto e cada um deve prestar, em termos de um exercício profissional de Qualidade.

Assim e para os autores citados, para definir padrões do serviço de enfermagem, deve-se ter em conta os pressupostos seguintes:

A Política de Saúde; as necessidades e expectativas dos clientes; a visão; a missão; a filosofia do Hospital; a política do sub-sistema de enfermagem; o quadro de referência da enfermagem do Hospital; e finalmente os recursos humanos e meios tecnológicos.

Para os autores citados a definição de Padrões deve atender as seguintes características:

- Dirigidos para um ideal (visão);
- Realistas, susceptíveis de serem realizados;
- Aceitáveis e desejáveis, para garantir que não constituem ofensa à cultura e à ética profissional, às directrizes e aos procedimentos;
- Baseados em conhecimentos comuns;
- Definidos em termos práticos, sem ambiguidade, com significado claro;
- Indicativos de um desempenho aceitável
- Mensuráveis, capazes de traduzir resultados;
- Relevantes para a Enfermagem e adequados para a população alvo.

Os padrões, segundo Kemp (1995) devem contemplar os elementos seguintes:

- O modelo conceptual de enfermagem que constitui a base conceptual para o exercício das funções autónomas e interdependentes da prática de enfermagem.
- A utilização efectiva do processo de enfermagem como método que oriente o exercício legal das funções autónomas e interdependentes.
- A prática da relação de ajuda como interacção de enfermagem com o cliente.
- A responsabilidade profissional do enfermeiro nas suas funções legais.

Para Zélia Fernandes (1996), também os padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem ao apresentarem o desempenho global do serviço de enfermagem, contêm implícita ou explicitamente, o quadro conceptual orientador. Fornecem ainda os parâmetros para a monitorização e avaliação da Qualidade, permitindo assim o progresso profissional com serviços eficientes à satisfação das necessidades e expectativas dos clientes internados nos Hospitais. Segundo a mesma autora, impõe-se assim que os enfermeiros na prática clínica, nas áreas da gestão e da formação, iniciem uma profunda reflexão sobre esta nova forma de estar na profissão. Implica o desenvolver novas atitudes no processo de interacção com o cliente e família e na relação com os outros profissionais, baseada na competência e na autonomia da profissão.

Para a mesma autora, um padrão é um nível acordado de execução próprio para o cliente a que se destina, que é observável, realizável, mensurável e desejável. O critério é um indicador pormenorizado do padrão e que o define. Segundo Kemp (1995) em al-

guns documentos, os critérios são chamados interpretações, pistas, características ou itens. Isto é, segundo o RCN (1986) citado por Kemp (1995), em palavras simples, padrões são declarações de intenção e critérios, são meios de medir se o padrão foi atingido ou não. São afirmações da responsabilidade dos enfermeiros.

Alguns teóricos põem os critérios como afirmações, tal como os padrões. Outros, porém, colocam-nos em forma de interrogação. Contudo, segundo o RCN (1986), diz-nos que na definição de padrões e critérios há que ser cuidadoso, a fim de não manipular as respostas, o que pode influenciar a fiabilidade do instrumento. Segundo KEMP (1995) em circunstâncias ideais, os enfermeiros devem implicar os clientes na elaboração dos padrões, sendo vantajoso para ambos. Pois, o cliente externo pode identificar prioridades e necessidades que para ele são importantes, nas quais o enfermeiro pode não ter pensado. Os autores citados recordam que padrões e critérios podem precisar de ser escritos e aperfeiçoados muitas vezes. Por outro lado há que validar e garantir que são percebíveis a níveis operacionais. O RCN (1986), também recomenda que os instrumentos de medida devem ser revistos, porque as técnicas e por vezes as políticas mudam e por isso a metodologia de vigilância ou controlo da Qualidade deve ser mantida e actualizada.

Finalmente e segundo os autores referidos, há que se preocupar com a classificação dos dados obtidos. Em relação ao nível de Qualidade, verificam-se termos, tais como: mínimo, óptimo e máximo, que soam muito bem, mas que não foram definidos esses termos, em atribuição de um valor numérico, ficam sem significado em termos de medição. Daqui nasce a necessidade das técnicas de estatística utilizadas com sucesso nas áreas industriais. Para Zélia Fernandes (1996), o desenvolver instrumentos para medir a Qualidade dos cuidados de enfermagem constitui um complexo trabalho aos enfermeiros gestores para com os clientes, família, comunidade, colegas e sobretudo à profissão de enfermagem.

Para Sale (1998), os enfermeiros sempre consideraram a Qualidade como parte integrante da prática clínica ao invés de uma extra opcional. O enfermeiro chefe, ao ler os registos, falar com os clientes, observar os gráficos, observar interações, rever taxas de doença e monitorizar incidentes, está a garantir a Qualidade do serviço através da inspecção e observação. Verifica, assim a Qualidade e a gestão dos cuidados prestados, pelos quais é responsável.

1.4 - GARANTIA DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Em Portugal, existem marcos importantes na implementação da garantia da Qualidade dos cuidados de saúde, dos quais se salientam apenas dois. O primeiro desde 1986, o projecto GRASP, comercializado pelo Hospital Grace Reynaulds que visa a gestão e controle da Qualidade dos cuidados de enfermagem pelo sistema de classificação de doentes, coordenado em Portugal pelo IGIF. O segundo marco, a criação da Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade (DGPGQ) (Decreto-Lei nº 345/93 de 1 de Outubro). Contudo, segundo Homem Cristo (1995) a percepção que os clientes de saúde têm da Qualidade dos cuidados que lhes são prestados, são áreas de afastamento entre os conceitos e teorias de garantia da Qualidade praticados na indústria pelos sistemas de Qualidade normalizados pela família das ISO 9000. Segundo a mesma autora, parece não haver tradição de auscultação e/ou participação dos clientes nos processos de avaliação e garantia da Qualidade dos cuidados. Para a mesma autora a utilização de processos da garantia da Qualidade são aplicáveis, porque:

- São áreas de serviços em que a segurança das pessoas é crítica.
- Os cuidados de saúde são caros e os custos da não conformidade, do desperdício e do trabalho são muito elevados.
- A prevenção tem um valor incalculável.
- A improvisação e os erros causam não apenas insatisfação nos clientes, mas com frequência sofrimento e danos irreparáveis.
- O cliente tem uma menor possibilidade de escolha e direito a uma elevada Qualidade de serviço. E cada vez mais, o cliente em saúde, pressiona no sentido de um contacto personalizado a todos os níveis da organização, através de três aspectos fundamentais: “Relação prestador/cliente; disponibilidade/assiduidade e organização dos serviços”.
- A desaqueção e ineficácia da gestão da maioria dos serviços de saúde sai muito mais caro do que os necessários com a Qualidade.

Segundo Marques (1997), a criação de indicadores, sistemas de melhoria da qualidade, definição de objectivos estratégicos, tem-se manifestado uma actividade reconhecida como fulcral para todos os profissionais de saúde e da administração de saúde.

Assim desde a recente reestruturação da Direcção Geral da Saúde (Decreto-Lei nº 122/97, de 20 de Maio), com a criação da Divisão de Acreditação e Auditoria e da Divisão da Qualidade, às “Grandes Orientações para 1997/98” daquela Direcção Geral, todos realçam a actualidade da problemática da Qualidade nos sistemas de Saúde públicos e privados.

Em resumo, conclui-se que:

- Um sistema de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem que se pretenda abrangente deverá assegurar a avaliação e garantia das três componentes da Qualidade, concepção, fabrico e uso. A gestão da Qualidade dos cuidados de enfermagem é um processo de todos os profissionais no sentido dos objectivos que os mesmos estabeleceram. O resultado deste processo conduz não só a melhores resultados, como, a uma maior satisfação profissional. Para isso é necessário uma mudança cultural nas instituições, lideradas pelos órgãos gestores e mantidos por todos os profissionais.
- A operacionalização de padrões de cuidados de saúde no Hospital, foco central da actividade legal dos enfermeiros gestores, vão determinar a definição de normas gerais de actuação e de critérios de avaliação do desempenho para cada categoria profissional.
- Para a grande maioria dos autores, qualquer processo de Qualidade é em si mesmo um processo de mudança cultural que envolve a alteração de valores e atitudes tradicionais da empresa e das atitudes básicas de todos quantos nela trabalham. A atitude, segundo Crosby (1966), é o espírito de fazer bem à primeira e em tempo útil e a procura de fazer sempre melhor. Ingredientes estes fundamentais para se trabalhar com Qualidade.
- Finalmente e segundo Drucker (1995) a visão estratégica da Qualidade para se desenvolver com eficiência necessitam de estruturas organizacionais compatíveis a maior flexibilidade, inovação e criatividade. É o nascer de novas tendências que apontam no sentido de criar maior fluidez nas estruturas. É, segundo Cardoso (1995) o contributo inovador da abordagem centrada nas pessoas e nos grupos, que

permitem encarar a gestão das organizações por um novo ângulo e relacionamento do indivíduo a sub-sistemas organizacionais. Inclui, descentralização; redução dos níveis hierárquicos; flexibilidade organizacional, trabalho de equipa, enriquecimento de tarefas, participação, motivação e cultura organizacional, que permitem maior eficiência.

1.5 - MODELO DE ANÁLISE

O estudo empírico será conduzido no sentido da "gestão estratégica do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos Hospitais, rumo à excelência", segundo as três dimensões operacionais da Qualidade, concepção, fabrico e uso e sua relação com seis factores da GQT.

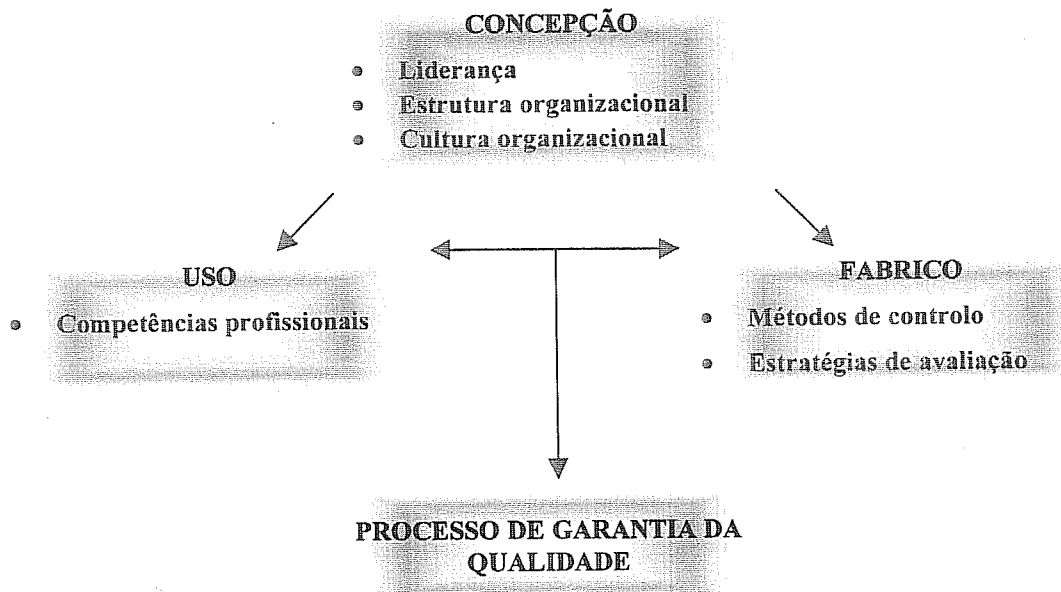
Da revisão bibliográfica, o que retivemos dos modelos de gestão da Qualidade de Deming e Juran, é a ênfase dada à responsabilidade dos gestores, mudança centrada no cliente, e maior "Qualidade não significar maior custo".

Para Deming, citado por Ramos Pires (1993), qualquer empresa com a visão da garantia da Qualidade, colocará o cliente no centro e organizar-se-á em torno dele, isto é, colocar-se ao seu serviço e não servir-se do cliente. É aqui que para o cliente dum serviço começa a excelência.

De acordo com a revisão da literatura, até aqui feita, não se conhecem estudos sobre a gestão estratégica do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros gestores em contexto hospitalar. Os estudos efectuados colocam sobretudo o enfoque nos prestadores e dimensionados na componente relacional. Factores esses, que não serão objecto de análise deste estudo, tendo optado pelos factores, por nós considerados mais pertinentes às questões relacionadas à percepção dos enfermeiros gestores acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital.

Em síntese, este estudo tem por objectivo analisar a percepção dos enfermeiros gestores face a diversos factores relacionados com o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados nos Hospitais.

Fig. nº 3 - Modelo de análise



De acordo com o modelo apresentado, a percepção da eficácia do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem será função do uso e do fabrico.

A percepção do uso e fabrico será função da concepção da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- A competência profissional dos enfermeiros estará relacionada com a concepção da Qualidade pela gestão de topo?
- Os métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem, estarão relacionados com a concepção de Qualidade?
- Os métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem estarão relacionados com as competências profissionais dos enfermeiros?

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

"Os executivos devem fazer os outros trabalhar melhor e não apenas mais"

Deming

A fim de proporcionar uma visão mais alargada sobre o problema em estudo realizaram-se várias leituras e três entrevistas exploratórias, que, segundo Quivy (1988), servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho. Trata-se portanto de abrir o espírito, de ouvir e descobrir novas maneiras de pôr o problema. A primeira entrevista foi efectuada, numa Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, com um professor responsável pela disciplina de Investigação em Enfermagem. A segunda realizada num Hospital Distrital com um "gestor de topo" e a terceira com uma Enfermeira Assessora Técnica na área da Qualidade dos Cuidados de Saúde da ARSLVT. Apoiamos esta decisão em Quivy (1992) quando diz, com quem é útil ter uma entrevista exploratória, nomeadamente docentes, investigadores e peritos implicados pela pergunta de partida. Estas entrevistas foram úteis ao objecto, objectivo do estudo e à experiência do entrevistador. Definido o objecto e objectivos do estudo houve que tomar decisões quanto à metodologia a utilizar, quantitativa e/ou qualitativa.

Muitas têm sido as críticas a qualquer destes métodos, sendo frequente encontrar os métodos qualitativos descritos como um paradigma alternativo à tradição de investigação positivista. Sem pôr em causa a realidade dos métodos quantitativos, preferimos aceitar a posição de que há domínios quantificáveis e outros qualificáveis. Parece-nos no entanto necessário, para justificar a nossa opção metodológica neste estudo, destacar alguns limites inerentes a esta abordagem de classificação bastante ampla dos dois grandes grupos metodológicos referidos. Segundo Quivy (1992), quando se trata de compreender o fenómeno em estudo numa determinada investigação em que não existe intenção quantitativa, mas compreender as questões acerca do que vê e imagina, é possível optar pela metodologia qualitativa.

É neste contexto, que em alternativa aos métodos de tradição quantitativos, se nos apresentam os métodos que recorrem a uma filosofia interpretativa e reconstrutiva da realidade, tal como é percebida pelos sujeitos. Segundo Leininger (1985), a investigação qualitativa é, frequentemente, a forma inicial de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas ou acontecimentos, considerando-a o principal método para descobrir sentimentos e significados, pelo que se adapta com o objectivo do nosso estudo.

Para Brink, citado por Chaves (1995) a pesquisa qualitativa, é classificada como modelo ou abordagem que reúne os requisitos de um modelo de pesquisa exploratória. Para o mesmo autor, implícito ao modelo exploratório, reside o facto de que o principal assunto ainda não foi previamente explorado ou não foi estudado sob a perspectiva do "informante", ou ainda, a amostra tem a experiência pessoal ou conhecimento sobre o assunto principal como é o caso do presente estudo. Segundo o mesmo autor, o modelo exploratório utiliza uma abordagem qualitativa de colheita de dados baseada em diferentes instrumentos não estruturados ou semi-estruturados, habitualmente numa pequena amostra e recorrendo a várias formas de "análise de conteúdo". Posteriormente as hipóteses podem ser geradas, através da análise e síntese dos dados. Segundo Bardin (1990), a partir do momento que se pretende compreender o que nos é dito, parece útil o recurso à análise de conteúdo. Este mesmo autor reafirma, que a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. O estudo exploratório descreve uma situação e compreende as atitudes, crenças e valores das pessoas estudadas. Pelo que acabamos de expôr e uma vez que neste estudo pretendemos analisar as mensagens acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem tal como são percebidas pelos sujeitos, consideramos esta opção adequada ao domínio do nosso estudo.

Foi nossa preocupação durante o estudo, tal como preconizam Bogdan e Biklens (1994) citado por Bento (1997), ter o ambiente natural como fonte directa dos dados, sem qualquer manipulação intencional. Os dados colhidos são descritivos e constituídos por transcrição de entrevistas. Estamos certos, não ser esta a única opção possível. Gostaríamos de ter podido juntar-lhe a observação participante, que não foi possível por falta de tempo dado o carácter académico que envolveu esta investigação. Ficamos, assim, limitados, nas informações que os sujeitos nos forneceram de suas vivências,

tendo em atenção o significado dado aos fenómenos. Preocupamo-nos em captar as suas perspectivas, o que exigiu um esforço permanente no sentido da objectividade. Isto é, “separar” em relação às nossas crenças, valores, representações, estereótipos, tudo quanto fosse susceptível de se projectar na situação.

Na análise dos dados preocupamo-nos em utilizar um processo indutivo, partindo da reflexão sobre os dados para a partir dela e da problemática teórica, sem confirmar, ou formular hipóteses construídas previamente, chegar a outro nível de inferência, com suporte no que foi dito pelos sujeitos, no caso concreto. Trata-se de um estudo de caso, termo de sentido amplo que engloba uma família de métodos de investigação que têm em comum o propósito de focalizar uma investigação num caso ilustrativo específico. Para Gil (1987), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objectos, de forma a permitir conhecimento amplo e detalhado. A análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo, ou pelo menos, o estabelecimento de bases para a investigação posterior, mais sistemática e precisa.

Para o mesmo autor, a impossibilidade da generalização dos resultados obtidos com o "Estudo de caso" constitui limitação deste tipo de estudo. A sua maior utilidade é a sua simplicidade e economia, já que pode ser realizado por um único investigador e útil nas pesquisas exploratórias. Gil (1987), recomenda que devem ser seleccionados "casos típicos" que pareçam ser o tipo ideal, sendo possível, que as conclusões do estudo apresentem valores que possam ser generalizados para todo o universo, com razoável grau de confiança.

De entre os motivos que nos levaram a escolher o Hospital Distrital de Abrantes, Dr. Manuel Constâncio (HDA) como caso deste estudo, salientam-se:

- Maior acessibilidade
- Existência do sistema de classificação de doentes como sistema de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem
- Caso típico de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

Consideramos poder classificar o nosso trabalho como estudo de caso, de tipo analítico. Uma vez que o tema em estudo é pouco explorado, não conhecendo estudos paralelos nesta perspectiva, classificamo-lo também de exploratório (Gil, 1989).

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR EM ESTUDO (HDA)

O Hospital, tem uma área de abrangência extensa, envolvendo os concelhos de Abrantes, Constância, Mação e Sardoal, bem como os concelhos de periferia, especialmente Ponte de Sor, Gavião e Vila de Rei. Está situado na cidade de Abrantes no centro de Portugal, no cruzamento de vários caminhos e estradas, no alto de uma colina, que se situa na margem direita do Tejo, possuindo características quer do Ribatejo, Alentejo e até das Beiras. Insere-se na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e relaciona-se com os seguintes Centros de Saúde: Abrantes com 22 extensões, Constância com duas, Mação com cinco, Sardoal com três, Alcanena com sete, Golegã com uma, Torres Novas com 15, Vila Nova da Barquinha com três, Ferreira do Zêzere com seis, Ourém com 15, Tomar com 30, Fátima e Entroncamento sem nenhuma extensão. Entendeu-se assim que a garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem baseados no querer, valores e expectativas do cliente como envolvente externa do Hospital são a base fundamental do processo de desenvolvimento, sendo por isso justificada uma referência especial a esta questão, sendo a maior parte da população pertencente ao sector terciário, uma percentagem significativa do sector secundário e ainda outra que se dedica ao sector primário.

Abrantes, cidade desde 14 de Junho de 1916, tem mais de 20 mil habitantes. O concelho é composto por 16 freguesias, com uma população residente no total de 45.697 habitantes. Verificando-se uma densidade populacional de 70,3 habitantes por Km², podendo-se referir que existe uma maior concentração de povoamento na área central do concelho e nas freguesias em torno da cidade de Abrantes. Em relação à qualificação académica e profissional da população, em particular da população activa, importa informar que esta população do concelho de Abrantes é estruturalmente semelhante às das restantes regiões do país e tendencialmente envelhecida.

Assim, pode dizer-se que Abrantes afirma-se como um concelho activo e dinâmico, polarizador de toda a sub-região em que se insere. Como qualquer empresa nos finais do milénio, o HDA é uma instituição organizada com a visão de "**Rumo à Qualidade dos Serviços de Saúde**". O seu organigrama tem uma disposição prática vertical, permitindo identificar os diferentes serviços e hierarquias (Anexo 1). No topo do organi-

grama, encontra-se a Gestão de Topo, o director do Hospital que é o presidente do conselho de administração, órgão de gestão do Hospital, que, para além de presidente, integra o cargo de administrador delegado, o director clínico e o enfermeiro director. Como órgão de apoio técnico ao conselho de administração existe o conselho geral que avalia o plano de acção do conselho de administração e o relatório de actividades.

A directora de Enfermagem, membro no Conselho de Administração tem como apoio técnico a Comissão de Enfermagem, constituída pelos enfermeiros chefes e coordenadores, representantes das equipas de enfermagem, a comissão de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem e a comissão de auditores. Não inclui os serviços de acção médica.

Dentro dos serviços de apoio geral existe a gestão financeira, a gestão de materiais, a gestão de pessoal, a gestão de clientes, apresentando-se estes sectores todos subdivididos. Encontram-se ainda os serviços de instalação e equipamentos, serviços religiosos e culturais, informações e vigilâncias.

O HDA está atento aos principais factores que influenciam a Qualidade, como a estrutura organizacional; estratégia; metodologias; cultura; tecnologia e o meio envolvente, numa concepção tendencialmente organicista. Desde há muito, na opinião dos seus gestores, que são conhecidos os perigos da concepção mecanicista, pela sua grande diferenciação hierárquica, elevada formalização e centralização das decisões. Por isso consideram, que a concepção organicista, conduz a maior eficiência, pelas suas estruturas mais simples, mais flexíveis, menos formalizadas, fluxo de comunicação em sentido vertical ascendente, descendente e horizontal e elevada participação nos processos de decisão.

Indicadores de Gestão

Como indicadores de gestão, no HDA existem os grupos de diagnóstico homogéneo e o sistema de classificação de doentes (SCD). No que diz respeito ao primeiro, é utilizado pela equipa médica em função das patologias dos clientes, com dias de internamento, servindo para calcular os custos económicos por cliente.

Relativamente ao SCD, é uma forma de categorização dos clientes de acordo com o seu grau de dependência em cuidados de enfermagem, em três graus de dependência de

enfermagem tipo objectivo ou por factores. Este sistema é um instrumento de gestão de serviços de enfermagem, permitindo identificar as necessidades e otimizar a utilização dos recursos de enfermagem disponíveis, isto é, maior equidade a nível da distribuição dos serviços em cuidados de enfermagem. Como qualquer outro sistema de garantia da Qualidade a sua meta, é essencialmente a satisfação das necessidades explícitas ou contractuais do cliente, garantindo o rigoroso cumprimento de especificações de serviços, técnicas e de segurança, prevenindo a sua necessidade implícita de não ser surpreendido por falhas ou características do “serviço não-conforme”.

Para o Conselho de Administração do Hospital, a necessidade de ter um sistema que permita a garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem é o proporcionar-lhe confiança de que o nível de Qualidade do Serviço está a ser fornecido, mantido e constantemente melhorado. Para Zélia Fernandes (1997), Enfermeira Directora do Hospital, é também necessário que cada organização se torne aprendiz, capaz de observar a envolvente externa, à procura de excelência e fazer como os melhores. Isto é, aplicar o “Benchmarking” como técnica inerente à Qualidade, entre outras. Para a mesma autora o êxito do SCD/E, estará directamente dependente das estruturas organizacionais e grande envolvimento da gestão de topo, dando lugar à criatividade, inovação e visão partilhada por todos. O referido sistema, assenta essencialmente nos seguintes princípios: Compromisso e empenhamento na liderança de topo; valorização e treino dos recursos humanos; compreensão das necessidades e exigências dos clientes; análise dos processos e da organização; melhoria dos processos; medição da performance. Todos estes princípios ligados à política da Qualidade de “**Melhoria Contínua**”.

Segundo Zélia Fernandes (1996); Soares Veiga (1966), o SCD/E é um sistema de gestão baseado na orientação das actividades no sentido da satisfação das necessidades e exigências dos utilizadores. É um sistema que assenta na organização da unidade em volta do cliente em vez de o obrigar a ajustar-se ao funcionamento da unidade. A implementação do referido sistema implica o implementar algumas medidas estruturais, entre as quais destacamos: descentralização do poder de decisão para os pontos de prestação de cuidados e de contacto com os clientes, eliminação de actividades que não geram valor acrescentado, e a contínua busca de melhoria no âmbito da Qualidade. É o mecanismo através do qual as unidades de saúde poderão maximizar a utilização dos

seus recursos limitados, garantindo a maximização das três dimensões da Qualidade: serviço, tempo e custo.

Para a mesma autora, o SCD/E permite garantir que cada esforço individual seja orientado à visão global da organização, bem como, medir o progresso, comparar com terceiros e gerir a mudança. Distingue-se das medidas tradicionais existentes nos hospitais, que possuem como características apenas medidas de “output”, a curto prazo, não integradas e não sistematizadas entre si, complexas e desligadas do cliente. O referido modelo tem por objectivo definir medidas de “performance”, alinhadas com a estratégia global do Hospital, medíveis e simples de entender e de utilizar, muito ligadas às operações ou actividades e ligadas ao cliente. São medidas de “performance”, controláveis por profissionais formados e informados, com poder de decisão por uma cultura de melhoria contínua num verdadeiro processo de trabalho em equipa.

Pelo exposto conclui-se que o sistema de classificação de doentes reúne um conjunto de procedimentos organizacionais sistematizados de categorização dos clientes, baseados em graus de dependência em cuidados de enfermagem dos clientes que permite por um lado, a tomada de decisão tendo como objectivo o equilíbrio dos recursos em função das necessidades. Por outro lado, permite garantir o melhor nível de Qualidade dos cuidados de enfermagem em função dos recursos disponíveis. Tem por objectivos, optimizar a utilização dos recursos de enfermagem disponíveis; planear a dotação de pessoal de enfermagem e identificar as necessidades de pessoal de enfermagem no Hospital. Como condições necessárias à implementação do sistema de classificação de doentes e segundo Zélia Fernandes (1996) torna-se necessário, a utilização do processo de enfermagem, método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável, Manual de princípios básicos do sistema, quadro e guia de classificação a fim de garantir a fidelidade do sistema.

O referido sistema, segundo a mesma autora, permite a melhoria na continuidade dos cuidados entre o enfermeiro responsável e enfermeiro substituto; melhoria na comunicação na equipa; melhoria do planeamento e programação de reuniões para estudos de casos clínicos; uniformização da terminologia utilizada pelos enfermeiros e desperta aos enfermeiros para a análise dos resultados obtidos.

No quadro seguinte apresentamos em síntese o circuito de informação do sistema.

Quadro nº 5 - Circuito de informação do sistema de classificação de doentes

	QUEM REALIZA	AÇÃO A REALIZAR	
MANUAL	Enfº prestador de cuidados	Classificar os clientes	Quadro de classificação de doentes
		Transcrever o nº de horas de cuidados necessários por cada cliente	Resumo diário da classificação de doentes/unidade
	Enfº coordenador ou chefe	Efectua a soma das horas de cuidados necessários	
		Elabora o resumo diário da unidade (recursos necessários/recursos disponíveis)	Folha diária de horas de cuidados de enfermagem
AUTOMÁTICO	Enfº director	Produz relatório diário / unidade	Relatório diário de pessoal de enfermagem/unidade de internamento
		Produz relatório mensal/várias unidades	Relatório mensal de utilização do pessoal de enfermagem
		Efectua o tratamento estatístico.	Horas de cuidados necessários / dia internamento Horas de cuidados prestados / dia internamento Percentagem de utilização.

Fonte: HDA – Manual de Princípios Básicos (1996)

Para Zélia Fernandes (1996), são várias as razões essenciais para o desenvolvimento de um sistema de garantia da Qualidade, nomeadamente:

- Maior capacidade de planeamento em função das necessidades dos clientes;
- Proporciona a avaliação dos cuidados prestados;
- Permite a distribuição equitativa do pessoal pelas diversas unidades do Hospital;
- Proporciona dados quantitativos.

Sintetizando, verificamos que o sistema de classificação de doentes facilita o planeamento e controlo, contribuindo para uma maior produtividade. A produtividade é entendida como a relação entre os recursos existentes e a produção realizada no hospital. O controlo é realizado pelas auditorias internas e externas.

A auditoria interna ao sistema é realizada de forma regular numa base de amostragem. Esta metodologia adoptada na concepção das equipas de auditoria permite o envolvimento de todos os elementos a fim de reconhecer a importância e o comprometimento nas acções correctivas a implementar na direcção à meta definida pelo próprio serviço e não como atitude de policiamento. Os objectivos das auditorias internas são: garantir a fiabilidade do SCD; garantir a Qualidade dos cuidados de enfermagem, detectar deficiências de formação e introduzir medidas correctivas quando necessário. As auditorias internas são feitas pelo enfermeiro auditor (três no total do hospital) e são realizadas a partir das 15 horas num total de oito a 16 doentes/mês. No final de cada acção de auditoria o enfermeiro auditor faz o relatório e respectivas recomendações de melhoria para os aspectos que lhe mereceram nota menos positiva e que permitam eliminar os aspectos referidos pelo auditor. Consideram-se correctas as classificações cuja variação está entre -3 ou +3 pontos. São realizadas, de preferência, na presença do enfermeiro responsável pelo cliente pelo seu carácter formativo. As auditorias externas são realizadas por um grupo de enfermeiros auditores extra instituição e em média uma anual. Embora o órgão coordenador considere este número insuficiente, não é possível neste momento aumentar o seu número por falta de auditores qualificados.

Também no Sistema da Qualidade, as auditorias da Qualidade e segundo Ramos Pires (1993), consiste num exame sistemático e independente para determinar se as actividades e os resultados relativos à Qualidade satisfazem as disposições pré-estabelecidas. Têm por objectivos:

- Determinar a conformidade ou não conformidade dos elementos do sistema da Qualidade com os requisitos especificados.
- Determinar a eficácia do sistema da Qualidade implementado, para cumprir os objectivos da Qualidade especificados.
- Dar ao auditado a oportunidade de melhorar o seu sistema da Qualidade.
- Satisfazer exigências regulamentares ou normalizadas.
- Permitir o reconhecimento do sistema da Qualidade da entidade auditada.
- Permitir a vigilância da Qualidade.

Aplicam-se essencialmente ao sistema da Qualidade ou seus elementos: processos, produtos ou serviços. As auditorias da Qualidade distinguem-se da inspecção. Não é uma actividade de controlo de processos ou de aceitação de produtos e/ou serviços. Baseiam-se na observação, investigação e análise de registos.

Registos da Qualidade dos cuidados de enfermagem

Esta etapa do sistema (SCD/E) engloba a preparação de procedimentos para a identificação, recolha, indexação, arquivo, manutenção e organização dos registos de forma sistemática, necessários também para evidenciar o funcionamento do sistema. O registo é uma das regras de base do sistema e é a garantia da eficácia dos cuidados. Os registos mostram também evidência da Qualidade atingida e da desejada, bem como a eficácia do funcionamento do sistema.

É pelos registos enviados diariamente ao enfermeiro director (após tratamento estatístico por delegação de responsabilidade) que esta avalia a evolução de cada uma das unidades do Hospital rumo às metas definidas por todos os envolventes no sistema. Mensalmente o enfermeiro director envia a cada um dos serviços o resultado dos dados quantificados para que cada equipa possa auto-avaliar-se do caminho percorrido rumo à excelência previamente e deliberadamente definida. Como incentivo é dirigido mensalmente uma mensagem de apreço pelo enfermeiro director, à equipa com melhor desempenho. O relatório do resultado da Qualidade dos cuidados de enfermagem do Hospital, são enviados mensalmente ao órgão coordenador do sistema (IGIF). Este órgão por sua vez envia anualmente a todos os Hospitais envolvidos pelo SCD/E, as médias dos resultados da Qualidade dos cuidados obtidos em cada um dos Hospitais respectivos.

Princípios Orientadores da Gestão no Hospital

Relativamente à garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem segundo a Enfermeira Directora, o modelo de gestão participativa por objectivos é a estratégia básica do HDA. Cada equipa define os seus objectivos a partir dos projectos individuais de desempenho integrados na Missão do hospital. Os gestores estão interessados em assegurar a satisfação dos clientes, reduzir os custos e aumentar a eficiência dos serviços através de uma melhor eficácia dos recursos. Promover os melhores cuidados de Saúde através de um sistema de prestação de cuidados flexível, promotor de competência técnica, científica e relacional e com a aplicação de processos inovadores do "cuidar" que conduzam à satisfação do cliente e do aperfeiçoamento contínuo dos profissionais é a missão do Hospital. A cultura tem como premissa, organizar o sistema de gestão de

modo a colocar o cliente externo como figura central, rumo à Qualidade dos Serviços do Hospital.

O Hospital tem uma área de construção de 36 595m², sendo a área coberta de 6482 m², que se distribuem pelos 10 pisos que constituem o edifício. De todas as suas unidades funcionais e pelo seu interesse no tema em estudo vamos analisar o gabinete do utente/cliente.

O gabinete do cliente é definido como um serviço destinado a receber sugestões e reclamações dos utentes dos Serviços de Saúde. Corresponde a uma aplicação de normas constitucionais que conferem a todo o cidadão o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos do país e a apresentar, perante os órgãos de soberania de quaisquer autoridades, reclamações ou queixas para a defesa dos seus direitos (Despacho Ministerial nº 26 86 de 30/6).

O gabinete do cliente é assim, um meio de defesa do cliente e instrumento de gestão dos serviços pelo que a equipa pluridisciplinar se reúne para tratar da informação colhida nos processos e agrupá-los por assuntos e por serviços; recolher e tratar a informação da imprensa sobre o funcionamento dos serviços; reflectir sobre a informação recolhida e tratada; fazer o respectivo relatório com conclusões e recomendações com vista às decisões de gestão do conselho de administração sobre as problemáticas identificadas.

O gabinete do cliente organiza-se em dois grupos:

1. O núcleo de coordenação, que é constituído pelo administrador hospitalar, pelo técnico superior do serviço social e por um oficial administrativo.
2. A equipa pluridisciplinar, é constituída pelos membros do núcleo de coordenação, pelo representante do sector médico, pelo representante do serviço de enfermagem, pelo representante da admissão dos clientes e pelo representante dos serviços gerais.

Com toda esta organização e com o objectivo de melhorar os serviços de saúde em relação ao atendimento do cliente, este gabinete tem como principais atribuições: informar os clientes dos seus direitos e dos seus deveres em relação aos serviços de saúde; receber as reclamações sobre o funcionamento dos serviços e o comportamento dos funcionários; reduzir a escrito as reclamações orais, quando os reclamantes não possam fazê-lo; promover junto das populações da respectiva área, a divulgação da existência do próprio gabinete; recolher da imprensa regional ou local, os recortes dos assuntos

respeitantes ao respectivo serviço; receber as sugestões formuladas pelos utentes no que se refere à organização e funcionamento dos serviços.

O movimento de processos do gabinete do cliente em 1996, foi de 50 impressos preenchidos dos quais 30 se encontravam no quadro de queixas e reclamações, referentes à organização e funcionamento dos serviços. Os restantes 20 processos referem-se a sugestões.

Estrutura Funcional dos Cuidados de Enfermagem

Em cada unidade de prestação de cuidados, o enfermeiro chefe com sua equipa de enfermeiros constitui uma unidade de gestão de cuidados que funciona como um grupo de "Melhoria da Qualidade dos Cuidados". O enfermeiro chefe é o líder de modo a compatibilizar os objectivos individuais com os do sub-sistema de gestão organizacional. A organização dos cuidados de enfermagem por "enfermeiro responsável" com autonomia para as tomadas de decisão, relativas às funções especificadas e referentes a todo o processo de cuidar estão definidas no manual de procedimentos básicos do SCD/E.

Por, processo de cuidar, segundo Zélia Fernandes (1996), adoptado no HDA, entende-se não só os aspectos visíveis dos cuidados tais como a higiene, tratamentos, mas também análise das Necessidades Humanas Básicas (NHB) numa abordagem dinâmica e holística nas componentes biofísico, psicofísico, psicossocial e espiritual, centrando a intervenção do enfermeiro na pessoa, como um ser global e individual.

O enfermeiro chefe como líder e coordenador de todo o processo do cuidar, de modo a compatibilizar os objectivos individuais com os do sub-sistema de gestão organizacional é ainda responsável pelo desenvolvimento das suas competências, nomeadamente:

- Aplicar ou desenvolver projectos e processos inovadores que promovam a melhoria dos cuidados.
- Utilizar os resultados da avaliação do grau de satisfação dos clientes para traçar objectivos de melhoria de Qualidade dos cuidados.
- Utilizar as sugestões dos clientes como mecanismo de inovação no processo de cuidar.

- Realizar reuniões de equipa para debate de ideias, troca de experiências, neutralização de conflitos, fomentar a interligação entre os vários sectores e serviços.

São órgãos de "staff" a comissão de "Avaliação da Qualidade dos Cuidados" e a "Comissão de Enfermeiros Auditores". Têm como função zelar pela Qualidade dos Cuidados prestados e pelo rigor dos resultados. À comissão de avaliação da Qualidade de cuidados compete a elaboração de pareceres e sugestões à enfermeira directora sobre os resultados dos estudos ou projectos na área da Qualidade de cuidados.

Assim poderemos concluir que o gestor intermédio no HDA é o principal responsável pelo desenvolver capacidades de colaboração, participação, motivação, e reconhecer o interesse real por todo o desenvolvimento da política institucional. O enfermeiro director, é em simultâneo, o director do serviço de enfermagem e membro do Conselho de Administração do Hospital, onde, em coordenação com os restantes membros, é responsável pelos cuidados que o Hospital proporciona à comunidade que serve, desde a concepção aos resultados finais. Estabelece, entre outras funções, definição de padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação do serviço de enfermagem. É o primeiro orientador e coordenador dos serviços de enfermagem e vela pela correcção, Qualidade técnica e humana dos cuidados de enfermagem prestados pelo Hospital à comunidade que serve. O enfermeiro director como gestor do Hospital encontra-se, estrategicamente, implicado no desempenho global desta empresa, sendo responsável pela sua eficiência e controle do que no desempenho é normal e/ou excepcional, para que as correcções e o desenvolvimento de todo o processo de garantia da Qualidade dos cuidados, se concentrem nas excepções positivas ou negativas através de técnicas e ferramentas da Qualidade.

Metodologia de Trabalho

O HDA a partir de 1983, introduziu progressivamente em todas as unidades de internamento, a metodologia do método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável. Desde 1989 foi introduzida a gestão flexível de pessoal através da norma de apoios entre serviços, de modo a que o serviço com menor carga horária de cuidados dê apoio ao mais sobrecarregado, permitindo diminuir assimetrias e garantir a equidade, quer a nível de cuidados prestados quer na carga de trabalho. Esta norma, segundo a

Enfermeira Directora, desafia os enfermeiros à solidariedade, à partilha de experiências, tornando-os mais polivalentes e flexíveis. Este método permite a atribuição de alguns clientes por enfermeiro, sendo este, responsável pela assistência prestada durante o internamento, desde a admissão até à alta.

Compete ao enfermeiro responsável: efectuar a história clínica de enfermagem; identificar os problemas / necessidades afectadas; prescrever, executar os cuidados planeados, informar os enfermeiros substitutos na sua ausência; actualizar o plano, validar com o cliente e outros profissionais os problemas e necessidades afectadas, registar nas notas de evolução (notas de enfermagem diárias) a observação feita, cuidados prestados, reacções do cliente e seu comportamento durante o turno. Isto é, o enfermeiro responsável é o coordenador e o enfermeiro substituto executa as acções planeadas, planeia alterações e avalia. O enfermeiro chefe é o dinamizador do processo.

Para o cliente este método permite uma relação cliente/enfermeiro e família mais eficaz. O cliente sabe desde a admissão até à alta quem é o seu enfermeiro. Há uma maior personalização dos cuidados; uma garantia de maior segurança e melhoria da qualidade dos cuidados. Para os superiores hierárquicos e restantes membros da equipa, o método referido permite saber a quem pedir informações, a quem responsabilizar e favorece a coordenação e avaliação dos cuidados. Este método de trabalho, segundo a Enfermeira Directora, contribui para o desenvolvimento das capacidades pessoais dos 188 enfermeiros em exercício, favorecendo auto-confiança, organização, criatividade e inovação. Pelo quadro nº 6, verificamos que o número total de enfermeiros em exercício no HDA são de 188, distribuídos segundo as várias categorias na carreira. Verifica-se que as maiores percentagens se localizam ao nível operacional de enfermeiro e enfermeiro graduado.

Quadro nº 6 - Caracterização da equipa de enfermagem do Hospital, segundo o número de efectivos

CATEGORIAS	Nº EFECTIVOS		LUGARES NO QUADRO		LUGARES VAGOS	
	F	%	F	%	F	%
Supervisores	1	0,53	2 *	0,8	0	0
Enf ^{os} Chefes	12	6,38	17	6,82	5	6,66
Enf ^{os} Especialistas	12	6,38	40	16,06	28	48,34
Enf ^{os} Graduados	90	47,80	90	36,14	0	0
Enfermeiros	73	38,82	100	40,18	27	45,00
TOTAIS	188	100	249	100	60	100

- os 2 lugares de enfermeiro supervisor estão ocupados pelo actual en^o director do HDA e por outro en^o gestor, nesta data, em comissão de serviço noutro Hospital.

2.2 - SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo são o grupo de enfermeiros gestores: enfermeiro director e enfermeiros chefes do HDA. Como critérios de inclusão, foram definidos a utilização do sistema de classificação de doentes, trabalho efectivo na gestão dos cuidados de enfermagem num período de tempo superior ou igual a dois anos e serem voluntários como sujeitos deste estudo. Por não reunirem os critérios de inclusão definidos para o nosso estudo, foram excluídos cinco enfermeiros chefes. Quatro destes enfermeiros, são gestores dos serviços de: bloco operatório, urgências, consulta externa e departamento de formação permanente. Um enfermeiro chefe encontra-se a frequentar o Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem. Apoiamos a nossa decisão em Brink, Patton e Parse citado por Chaves (1995), na quantidade e qualidade dos sujeitos, quando nos diz que, os sujeitos do estudo deverão ter uma experiência pessoal ou conhecimento acerca do assunto principal. Quem melhor que os enfermeiros gestores para falar da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar?

Leininger também nos diz, que uma investigação qualitativa, a informação é obtida por pessoas que desejam colaborar. Em geral são pessoas que ocupam lugares "chave" ou

possuem um conhecimento sobre o assunto em estudo. A representatividade, para a mesma autora, apenas diz respeito aos dados e não ao número de indivíduos.

Ao considerarmos os referidos sujeitos, tivemos em atenção o princípio de actuação apontado por Gil (1987), quando diz que para controlar o envolvimento do investigador nos estudos qualitativos atender à selecção de cenários, pessoas e circunstâncias não familiares do investigador. O que se verifica no presente estudo, pela ausência superior a 24 meses de contacto com o Hospital. Contudo, o não envolvimento do investigador relativamente aos sujeitos do estudo é criticado por vários autores, para quem a geração do conhecimento experiencial requer uma relação entre investigador e informante, baseada na confiança, mais provavelmente conseguida, se ambos se conheceram anteriormente. Para garantir o acesso ao grupo identificado, após contacto informal com o Conselho de Administração, foi formalizado um pedido de autorização para a realização do nosso estudo que foi prontamente deferido. (Anexo 2)

Caracterização dos Sujeitos

Dos oito enfermeiros gestores, 62,5% são do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, com idades entre os grupos etários dos 36-40 e 51 a 55 anos, sendo o grupo etário de 36-40, aquele em que se verifica maior número de elementos.

Quadro nº 7 - Distribuição dos sujeitos por sexo e grupo etário

GRUPO ETÁRIO	SEXO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		Nº	%	Nº	%
36 – 40	2	25,00	3	37,5	5	62,50
41 – 45	1	12,5	1	12,50	2	25,00
46 – 50	-	-	-	-	-	-
51 – 55	-	-	1	12,5	1	12.50
TOTAL	3	37,5	5	62,50	8	100

Quanto às habilitações académicas e profissionais (quadro nº 8), verificamos que todos os entrevistados possuem o bacharelato e sete dos quais a equiparação aos estudos superiores especializados, havendo um dos entrevistados que também possui o curso de en-

fermagem complementar, secção de administração dos serviços de enfermagem. Todos os entrevistados têm como formação de base o curso geral de enfermagem.

Quadro nº 8 - Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações profissionais e académicas

HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS E ACADÉMICAS	Nº	%
Termo de equiparação ao bacharelato em enfermagem	8	100
Curso de Enfermagem Geral	8	100
Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação	3	37,5
Curso de Especialização em Enfermagem Materna e Obstétrica	2	25,00
Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	12,50
Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	12,50
Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	12,50
Curso de Enfermagem Complementar, secção de Administração	1	12,50

Relativamente aos anos na categoria de enfermeiro supervisor e enfermeiro chefe, verifica-se uma variação entre três e dezassete (3 e 17) anos. Relativamente aos anos na profissão, verificamos uma variação entre 10 e 31 anos.

Quadro nº 9 - Distribuição dos sujeitos segundo os anos na categoria e profissão.

CATEGORIAS	ANOS	CATEGORIA	PROFISSÃO
- Enfermeiro supervisor		17	31
- Enfermeiro chefe		5	10
- Enfermeiro chefe		5	23
- Enfermeiro chefe		5	23
- Enfermeiro chefe		5	19
- Enfermeiro chefe		4	24
- Enfermeiro chefe		4	14
- Enfermeiro chefe		3	14

Relativamente às Instituições de Formação de base dos enfermeiros entrevistados distribuem-se por cinco Escolas Superiores de Enfermagem e formação pós-graduação por

três Escolas, sendo o maior percentual na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende em Lisboa.

Quadro nº 10 - Distribuição dos sujeitos por Instituição de formação de base e pós-base

FORMAÇÃO DE BASE	Nº	%	FORMAÇÃO PÓS-BASE	Nº	%
Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny	2	25,00	Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende	6	75,00
Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca	2	25,00	Escola Superior Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca	2	25,00
Escola Superior de Enfermagem Franciscanas Missionárias de Maria	2	25,00	Instituto Maternal de Lisboa	1	12,50
Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto	1	12,50			
Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo	1	12,50			

Relativamente à formação na área da Qualidade, verificamos que todos os inquiridos tiveram formação relativa ao sistema de classificação de doentes e projecto Biomed. Não referem licenciaturas em outras áreas. Os dados biográficos preenchidos por cada um dos entrevistados ao fim de cada entrevista, permitiram-nos caracterizar os sujeitos do estudo, relativamente à sua situação pessoal e profissional através das variáveis sexo, idade, tempo de experiência na gestão, formação académica e profissional, verificando-se que todos os enfermeiros gestores exercem as suas funções de gestão há mais de três anos. A informação para o nosso estudo foi obtida durante oito entrevistas gravadas em ambiente seleccionado pelos sujeitos. A selecção desta técnica tem subjacente a opção pelo método qualitativo que, segundo os autores consultados explora particularmente as técnicas de observação e entrevistas, permitindo explorar os fenómenos em profundidade.

Para Estrela (1990) a entrevista semi-estruturada, favorece a descrição, explicação e compreensão dos fenómenos em estudo. Reune as vantagens de sondar as razões das respostas dadas e obter maior profundidade. O investigador deve preservar a esponta-

neidade, pedindo ao sujeito para descrever o fenómeno tão completo quanto possível, até esgotar o assunto. Mas se o entrevistado não abordar espontaneamente um dos subtemas que o entrevistador conhece, este coloca uma nova questão. Isto é, o entrevistador tem como suporte um determinado quadro de referência (guião), que vai utilizando com a forma como o entrevistado aborda ou não os temas. O guião foi organizado à volta de três grupos temáticos, tendo como base o objectivo; perguntas de partida; questões de investigação, níveis de gestão da Qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: concepção e planeamento; coordenação e execução; controlo e avaliação, conforme quadro nº 11.

Quadro nº 11 – Áreas temáticas e respectivos factores da gestão da Qualidade

ÁREA TEMÁTICA		CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES Nº	
CONCEPÇÃO	CONCEPÇÃO E PLANEAMENTO	Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Missão • Objectivos • Estilo de Gestão • Envolvimento dos enfermeiros 	2 9 6 3	A
		Cultura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Espírito de melhoria contínua • Feed-back dos clientes externos • Procedimentos escritos 	18 20 11	
	CONCEPÇÃO E PLANEAMENTO	Estrutura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos teóricos profissionais • Sistema de classificação de doentes • Metodologia de distribuição de trabalho • Processo de enfermagem • Padrões e Critérios da Qualidade 	1 7 16 8 4	
USO	COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO	Competências dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento operacional • Estratégia de análise e resolução de problemas • Motivação • Formação para a Qualidade 	13 12 5 14	B e D
FABRICO	CONTROLO E AVALIAÇÃO	Métodos de controlo da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias • Registos • Trabalho de equipa 	10 17 19	C
		Estratégias de avaliação da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação • Medidas correctivas 	15 21	

As entrevistas definitivas foram efectuadas durante o mês de Maio de 1998 no período de 06 a 30 do referido mês, segundo a disponibilidade e preferência dos entrevistados numa atmosfera favorável à confidencialidade dos dados fornecidos. Os locais foram escolhidos pelos sujeitos. Foi criado um espaço na última semana de Junho, com a finalidade de validação dos dados obtidos. O guião das entrevistas foi sujeito a um processo de validação por três juízes. De entre os critérios que nos levaram a seleccionar os

juízes refere-se formação recente na área da gestão de cuidados de enfermagem e estarem a desenvolver ou terem trabalhado na área da Qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com sugestões dadas por estes três juízes, foi elaborado o guião às entrevistas definitivas. Por sugestão dos juízes, foi incluída uma quarta questão relacionada à formação na gestão da Qualidade Total pela sua relação com a temática em estudo. Após a validação referida pelos três juízes, foram realizadas três entrevistas a três enfermeiros gestores de cuidados de enfermagem de um outro hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a fim de testar a compreensão do instrumento. Estes três gestores reúnem características semelhantes aos sujeitos do estudo. O critério de selecção foi o voluntariado, isto é, pediu-se ao enfermeiro supervisor do hospital a colaboração voluntária, de três enfermeiros chefes para este fim.

Colocou-se a cada um dos entrevistados a questão temática em cada bloco, deixando-lhes liberdade de expressão. O nosso papel limitou-se a apoiar e encorajar o entrevistado, intervindo apenas para pedidos pontuais de esclarecimentos e/ou aprofundamento e, nalguns casos, para colocar algumas das sub-questões previstas no sentido de direcção aos objectivos do estudo. Após a sua realização optou-se por manter o guião e sub-questões em cada área temática.

2.3 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O guião foi estruturado tendo em referência o tema em estudo de modo a que os inquiridos confrontassem a realidade do Hospital com seis factores de gestão da Qualidade: liderança; cultura organizacional; estrutura organizacional; competências profissionais; métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade. Em cada uma destes seis factores pretendia-se uma análise detalhada de aspectos que permitam caracterizar a percepção dos sujeitos acerca das três áreas temáticas em estudo. Para cada uma destas três áreas temáticas foi elaborada uma questão ampla a ser colocada, para que os sujeitos pudessem responder de acordo com o seu quadro de referência e dar as suas opiniões. As sub-questões foram elaboradas no sentido de serem colocadas quando o entrevistado não dirigisse a resposta no sentido pretendido.

A primeira questão destinava-se à legitimidade da entrevista e ao estabelecimento da relação empática indispensável a qualquer entrevista. Pretendíamos obter a percepção dos enfermeiros gestores acerca dos aspectos relevantes ao tema em estudo incluía: missão; definição de objectivos; estilo de gestão, envolvimento dos enfermeiros; espírito de melhoria contínua, comunicação; feed-back dos clientes externos; procedimentos escritos; modelos teóricos profissionais; sistema de classificação de doentes; metodologia de distribuição de trabalho; processo de enfermagem, padrões e critérios da Qualidade.

Considerando os direitos fundamentais do “Ser Humano”, os sujeitos do estudo foram informados em reunião formal da natureza, finalidade, duração e do método utilizado nesta pesquisa, bem como o direito de decidir livremente de participação ou não na pesquisa. Após termos explicado os objectivos do estudo, foram marcadas as entrevistas definitivas. Salientamos que todos os sujeitos seleccionados, se disponibilizaram a participar no estudo, sendo informados do anonimato. Foi-lhes entregue o guião orientador da entrevista e clarificados aspectos pontuais no momento das mesmas. Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada, gravada. Todos os entrevistados permitiram que as entrevistas fossem gravadas magneticamente, tendo sido validado a sua transcrição. A duração média das entrevistas oscilou entre os 30-40 minutos. No final da entrevista foi-lhe atribuída um número de acordo com a ordem por que foram realizadas. A esse número juntou-se um nome fictício, como código que utilizaremos durante este trabalho quando nos referirmos ao discurso de cada sujeito, nomeadamente: Agos; Afonso; Cuca; Didy; Flor; Nuno; Ruy e Tatay. As entrevistas desenvolveram-se com os entrevistados não de acordo com a sequência rígida dos temas tal como constaram no guião, mas de forma flexível, procurando respeitar a forma como cada entrevistado organizava o seu discurso.

Depois de introduzir cada tema, colocando a questão de cada grupo, permitiu-se que os entrevistados expressassem livremente as suas ideias, procurando limitar a nossa intervenção. Quando introduzimos algumas das sub-questões previstas, procuramos também manter a mesma atitude e evitamos condicionar as respostas. Tudo decorreu num clima de confiança, o que permitiu a recolha de informação cuja riqueza e significado pudemos reconhecer na fase que se seguiu ao analisar os dados.

No final de cada entrevista foi pedido a cada um dos sujeitos o preenchimento da segunda parte do formulário constituído por vinte e duas (22) questões fechadas e em escala tipo likert de cinco posições (anexo 3).

2.4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Leininger (1985), após a obtenção da informação, o investigador examina os temas, ordenando-os em categorias e elabora explorações preditivas sobre as relações entre os fenómenos, podendo vir a formular hipóteses. Ao conjunto de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo da informação, Bardin (1990), designa análise de conteúdo. É o procurar conhecer o que está por detrás das palavras, sobre as quais o investigador se debruça. A análise de conteúdo, segundo Canavilhas (1995), visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outras, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares. Implica a categorização, as quais devem ser codificadas em número ou legendas. Esta autora refere ainda, que todos os excertos de dados colhidos podem ser codificados em tantas categorias, quantas necessárias.

No tratamento dos dados utilizamos como principal metodologia a análise de conteúdo, isto é, segundo Bardin (1990) consiste, num conjunto de técnicas de análise que permite fazer inferência pela identificação sistemática e objectiva das características de mensagens. Tivemos como referência teórica principal as orientações propostas por Canavilhas (1995). Começamos por transcrever as entrevistas, após audição integral de cada uma. Optamos por sermos nós a transcrevê-las. Embora, esta opção fosse um longo trabalho, foi possível recuperar grande parte dos discursos, nomeadamente algumas hesitações ou força expressiva em cada uma das questões. Foi um contributo à descoberta das ideias gerais que estão por detrás das opiniões dos entrevistados. Com este passo obtivemos um amontoado de informação composto por várias dezenas de páginas. Concordamos com Goetz e Lecompte (1988) citado por Bento (1997) que esta fase representa um momento complexo e angustiante para quem decide por esta técnica de pesquisa. É o despor de dados cuja riqueza, importância e diversidade tínhamos percebido, mas há que organizar de forma harmoniosa e poder trabalhar esses dados com

rigor e objectividade. Foi aqui que nos deparamos com algumas dificuldades. Contudo, e apoiados em Canavilhas (1995), tivemos a necessidade de desenvolver um processo de redução dos dados, indispensável numa análise qualitativa, constituindo este trabalho, por si só, uma parte da análise. Para tal passamos a reler as entrevistas para no “corpus” descobrir e estabelecer as unidades de análise. Após a leitura e análise do “corpus” ressaltaram, como de esperado e de acordo com orientação dada, as grandes áreas da gestão do processo da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem: concepção e planeamento; coordenação e execução; controlo e avaliação. A cada uma destas três áreas de gestão da Qualidade dos cuidados de enfermagem, corresponde uma série de categorias e sub-categorias encontradas indutivamente conforme referido no quadro nº 12.

Após termos feito uma nova leitura das entrevistas, fomos progressivamente compreendendo as diferentes partes constituintes do “corpus”. Assim definidas as categorias e sub-categorias passamos às unidades de significação a que correspondem as unidades de registo. Com este processo, constituído essencialmente em seis etapas, obtivemos uma transformação dos dados em sub-conjuntos. A primeira etapa, e após a sua transcrição, resume-se à leitura das entrevistas ou protocolos. A segunda etapa resume-se à selecção dos segmentos de textos significativos. A terceira etapa consiste na interpretação dos segmentos de texto e atribuição de unidade de significação provisória. A quarta etapa consiste na repetição das três etapas anteriores a fim de uniformizar as unidades provisórias, encontrar as unidades detectadas num determinado protocolo e não detectado noutra e detectar novas unidades de significação. A quinta etapa foi o passo de levantamento da totalidade das unidades detectadas. Finalmente a sexta etapa, e para nós mais agradável, consiste, segundo a mesma autora, na construção da árvore ramificada, contendo categoria, sub-categoria e as referidas unidades de registo. As unidades de registo de cada uma das sub-categorias constituem o segundo anexo do dossier das entrevistas.

Com este processo obtivemos uma transformação dos dados em sub-conjuntos. Esta decisão foi apoiada essencialmente em Canavilhas (1995), tendo por base a meta definida para este estudo, a revisão da literatura efectuada, e a própria informação obtida. Seguimos também a opinião de Vala (1993), quando nos fala da combinação do referente teórico com as características da informação recolhida. No processo de atribuição

dos códigos das categorias constatamos que os inquiridos se referem a um mesmo assunto em diferentes partes da entrevista. Isto é, referem-se a um tema quando estão a falar sobre outro, o que implicou o agregar os segmentos assinalados com o mesmo código em cada uma das entrevistas.

Desta forma e segundo Bardin (1990) e Canavilhas (1995) por este processo progressivo de análise das mensagens dos sujeitos chegamos às unidades de registo. Isto é, aquela que corresponde o segmento de conteúdo considerado como unidade base de análise visando a categorização e a quantificação da informação. Para tal consideramos a proposição com sujeito, verbo e predicado. Quando assim não era possível tivemos em linha de conta as pausas ou afirmação acerca das determinadas questões.

A partir desta organização e sistematização, obtivemos um conjunto de dados que nos possibilitou elaborar os quadros síntese. Elaboramos uma matriz para cada categoria identificada onde inserimos respostas dos entrevistados que consideramos poder incluir agrupadas de acordo com as sub-categorias, utilizando a terminologia usada pelos inquiridos. Os quadros síntese facilitaram uma leitura dos dados na vertical e na horizontal.

A fim de testar a validade e fidelidade do sistema de categorias e sub-categorias desenvolvidas, recorremos a um juiz a quem pedimos que fizesse a análise do “corpus” a partir do nosso sistema de categorias em quatro entrevistas seleccionadas por sorteio. Houve necessidade de fazer reajustamentos em alguns casos pontuais e por consenso, por se ter considerado ideias sinónimas nuns casos e distintas noutros casos. A apresentação e análise dos dados desenvolver-se-á no próximo capítulo a que se junta exemplos de entrevistas e esquemas interpretativos com vista a explicitar a análise efectuada sobre o que foi dito.

2.5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao decidirmos analisar a percepção dos enfermeiros gestores acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem, estamos conscientes de que ficamos apenas com uma visão do significado das vivências dos sujeitos de dois níveis hierárquicos de gestão.

Considerando os critérios que estiveram presentes na selecção destes sujeitos, não podemos deixar de considerar uma limitação o facto de não ser efectuado a toda a população de enfermagem envolvida no processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital.

O alvo deste estudo, refere-se à obtenção do conhecimento, compreensão da natureza, essência, complexidade, significado, atributos e características do fenómeno em estudo.

3 – PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES ACERCA DO PROCESSO DE GARANTIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

“Não há ciência onde não se consegue des-criminar a forma correcta ou incorrecta de Proceder”.

Hipócrates

Segundo Cardoso (1995), o sucesso de todo o processo de garantia da Qualidade depende de múltiplos factores, desde a competência nas funções à coordenação de talentos, porque o sucesso é centrado nas pessoas e atingido por alta Qualidade de gestão. Implica gestores dinâmicos e de espírito aberto, habilidade para atrair e reter talentos, bem como desenvolver o capital humano que lideram. Assim, este estudo tem como preocupação central a percepção de enfermeiros gestores do HDA, acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes internados no Hospital. A existência de uma prática institucional normalizada é reconhecida por todos os inquiridos como prática de garantir a Qualidade na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adequação de procedimentos ao ritmo da evolução do conhecimento científico e da inovação tecnológica.

A apresentação e análise dos dados desenvolver-se-á num texto narrativo como recomenda Canavilhas (1995), a que se juntam excertos das entrevistas com vista a elucidar melhor a análise efectuada, sobre o que foi dito. Isto é, tendo o cuidado de utilizar e reproduzir sempre o discurso usado pelo inquirido. Os dados são analisados por categoria nas três áreas temáticas: concepção e planeamento; coordenação e execução; controlo e avaliação. Pela análise do quadro nº 12, verifica-se que o maior valor relativo à frequência das unidades de registo foi obtido na categoria estrutura organizacional, sendo o menor valor atribuído às estratégias de avaliação.

Quadro nº 12 – Áreas temáticas, categorias, sub-categorias e percentuais das unidades de registo

ÁREA TEMÁTICA		CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	
				F	%
CONCEPÇÃO	CONCEPÇÃO E PLANEAMENTO	Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Missão • Objectivos • Estilo de Gestão • Envolvimento dos enfermeiros 	159	17,6
		Cultura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Espírito de melhoria contínua • Comunicação • Feed-back dos clientes externos • Procedimentos escritos 	156	17,2
		Estrutura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos teóricos profissionais • Sistema de classificação de doentes • Metodologia de distribuição de trabalho • Processo de enfermagem • Padrões e Critérios da Qualidade 	218	24,1
USO	COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO	Competência profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento operacional • Estratégia de análise e resolução de problemas • Motivação • Formação para a Qualidade 	193	21,4
FABRICO	CONTROLO E AVALIAÇÃO	Métodos de controlo	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias • Registos • Trabalho de equipa 	124	13,8
		Estratégias de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação • Medidas correctivas 	53	5,9
TOTAIS				903	100

3.1 – CONCEPÇÃO E PLANEAMENTO

A concepção e o planeamento estratégico, para a grande maioria dos autores, são funções de gestão determinantes na organização, porque lidam com o exterior, a incerteza e conduz a decisões que ajudarão a estabelecer o rumo ou direcção em contextos por vezes difíceis e turbulentos. Por outro lado, ajudam a unir propósitos, focalizar energias e integrar esforços de todos os envolventes. Para a grande maioria dos entrevistados, o planeamento estratégico é feito a nível de topo, incluindo os objectivos gerais, estratégias e políticas globais. É genérico, sintético e define a actuação da Organização a longo prazo.

Foi surpreendente a facilidade para os sujeitos deste estudo, explicitar a sua concepção de gestão no processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital e sua relação com o exercício das competências dos enfermeiros. Verifica-se com agrado que:

“... cliente... é o centro de toda a actividade... pelo que é necessário organizar, disciplinar...” (Afonso) *“... cada profissional define quais os objectivos que vão melhorar... a Qualidade dos cuidados de enfermagem progressivamente e sistematicamente ... com objectivos globais desafiadores... a aperfeiçoar sempre o seu desempenho ... liderança que se baseia... em levar a cada um a transcender-se a si próprio...”* (Agos). *“... Se o líder não for alguém que partilhe... desses ideais...”* (Rui). *“...Ética; padrões, normas e critérios como elementos de comparação...”*; *... Investigação... envolvimento de todos ... participação”* (Didy); *“... cultura é que orienta* (Agos). *“... Nossos objectivos visam a Qualidade...”* (Rui).

Foi interessante verificar no discurso da grande maioria dos inquiridos, ideias essenciais que se podem sintetizar em: Gestão flexível participada por objectivos; cultura baseada em valores (pessoa, vida, amor e solidariedade) assente na missão de promover os melhores cuidados; metodologia de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável; auditorias, medidas correctivas, sistema de classificação de doentes como instrumento na gestão da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem e uma liderança situacional.

3.1.1 – Liderança

A liderança, segundo os inquiridos é um dos assuntos mais debatidos no Hospital. Nesta categoria, consideramos quatro pontos-chave: missão, objectivos, estilo de gestão e envolvimento dos enfermeiros no processo de garantia da Qualidade. Numa leitura global verificamos que todos os entrevistados se pronunciaram acerca desta categoria, tendo-se registado 159 unidades de registo, conforme se pode verificar pelo quadro nº 13 e quadros sínteses respectivos, que a maior ênfase foi dada ao envolvimento dos enfermeiros. E porquê? Para os inquiridos o envolvimento ajudará na sua atitude profissional, em quase todas as actividades. É esta atitude que distingue o bom do mau profissional. Porque, estar envolvido é ser capaz de aplicar e integrar os conhecimentos, as informações e as técnicas específicas da actividade que exerce com maior satisfação. A satisfação e gratificação interiores, devidas ao bom desempenho, numa função tão exigente como ser enfermeiro, contribuem não só para o menor cansaço ao final do dia, mas, para o aumento da auto-estima do enfermeiro, enquanto pessoa.

Quadro nº 13 - Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria liderança

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS	UNIDADES DE REGISTO	
	n = 8	N = 159	
	F	f	%
• Envolvimento dos enfermeiros	8	48	30,20
• Estilo de Gestão	8	45	28,30
• Missão	8	34	21,38
• Objectivos	8	32	20,12
TOTAIS		159	100,00

Quadro nº 14 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria envolvimento dos enfermeiros

ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS	UR (n = 48)
• A garantia da Qualidade dos CE é fruto da colaboração, formação, informação e envolvimento dos enfermeiros. É responsabilidade de todos e não só do director e/ou chefe.	26
• As directivas são discutidas em reunião de comissão de enfermagem e posteriormente em reuniões de serviço.	7
• O enfermeiro chefe é o grande dinamizador, mas sem envolver seus colaboradores é difícil a mudança da Qualidade.	7
• Os enfermeiros são pessoas e não meros executores e há que ouvir a todos.	4
• O nível de Qualidade é negociado em função dos recursos. Não se pode exigir níveis de Qualidade de 100% se temos recursos de 50%.	4
SUB-TOTAL	48

Quadro nº 15 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria estilo de gestão

ESTILO DE GESTÃO	UR (n = 45)
• A gestão flexível e participada por objectivos é facilitadora do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem.	18
• A gestão flexível e liderança situacional, coordenada pelo sistema de classificação de doentes permitem o negociar diariamente o nível de Qualidade.	13
• A Gestão da Qualidade Total entre todos os sub-sistemas do hospital não existe e constitui obstáculo à garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem.	10
• As bases legais e conceptuais da Qualidade dos cuidados de enfermagem estão à frente do desempenho dos enfermeiros gestores.	4
SUB-TOTAL	45

Quadro nº 16 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria missão organizacional

MISSÃO	UR (n= 34)
• Promove e orienta a Qualidade dos cuidados de enfermagem centrada no cliente.	10
• É a essência da Qualidade. É facilitadora ao processo de garantia da Qualidade.	8
• Está definida e envolve os enfermeiros.	8
• É facilitadora à integração dos enfermeiros.	4
• É facilitadora à concepção de padrões da Qualidade dos cuidados de enfermagem.	4
SUB-TOTAL	34

Quadro nº 17 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria objectivos

OBJECTIVOS	UR (n = 32)
• Os objectivos individuais surgem dos institucionais integrados no sistema de classificação de doentes.	17
• São definidos em cada equipa anualmente por áreas de melhoria da Qualidade em função dos resultados.	11
• As actividades de cada projecto individual são definidas em função dos objectivos institucionais.	2
• A investigação deveria ser um objectivo institucional.	2
SUB-TOTAL	32

Pela análise dos resultados obtidos na categoria liderança, verifica-se que as opiniões foram praticamente consensuais relativamente à definição de objectivos e de uma missão clara no hospital. Existe globalmente a percepção de que o hospital actua por planos estabelecidos com metas definidas. Os objectivos constituem para os entrevistados o que o hospital pretende atingir. Por uma lado, concretizam a missão e por outro, englobam os valores que pretendem conseguir, já que esclarecem onde se quer chegar e como avaliar se o hospital o está a conseguir. Segundo os inquiridos, os objectivos gerais são

definidos a nível da gestão de topo. Posteriormente são definidos os objectivos específicos, quantificáveis em percentagens, expressos nos projectos individuais por cada enfermeiro. “*O enfermeiro chefe ... gestor intermédio ... a partir dos objectivos individuais ... consegue traçar objectivos globais de melhoria da Qualidade ...*” (Agos)

A percepção dos inquiridos relativamente à função da missão do hospital foi claramente positiva (escala de 1 a 5). Para todos os inquiridos a missão identifica o cenário desejável para o hospital,

“... Na nossa missão o que nós temos definido ... é promover os melhores cuidados de enfermagem ... logo as pessoas já sabem o que é que queremos ... Isso é claro a todos os enfermeiros ...” (Agos) ... *Por um lado é o promover os melhores cuidados ... por um sistema flexível, promotor de competência técnica e relacional e da aplicação de processos inovadores ... que conduzam à satisfação do cliente e por outro lado ... aperfeiçoamento contínuo dos enfermeiros ...*” (Didy).

De uma forma geral a função de chefia ao nível da concepção e planeamento é vista pelos inquiridos como uma forma de manutenção e encorajamento das actividades de melhoria da Qualidade dos cuidados de enfermagem. Outro aspecto do estilo de gestão referido pelos sujeitos é a departamentalização funcional, permitindo assim uma acção coerente e integrada no sector de enfermagem “*... Em termos de flexibilização dos recursos ... ou seja ... tirar o enfermeiro do serviço que tem uma taxa de utilização mais baixa, para auxiliar o outro serviço ...*” (Agos). Por outro lado, a descentralização da tomada de decisão, leva a que estas se tomem mais rápidas, conduzindo ao crescimento individual do enfermeiro. O que implica a existência de normas e procedimentos escritos e disponíveis a todos os enfermeiros.

“... Todos os serviços têm o manual de procedimentos de «como» o enfermeiro deve proceder ... esse manual é revisto de três em três anos, mais ou menos ... Agrega os princípios que definem a política, a estrutura de autoridade ... procedimentos genéricos ... vertente da definição dos padrões da Qualidade dos cuidados de enfermagem ... e padrões operacionais ou do enfermeiro ... Tudo está definido exactamente para evitar que haja falhas ... que os dados sejam passíveis de serem credíveis ...” (Agos).

Segundo Agos, o manual de conceitos básicos, dá-nos o nível de dependência dos clientes, os objectivos, os procedimentos escritos dos enfermeiros e padrões de Qualidade aconselháveis aos enfermeiros e clientes portugueses. Quer o papel de orientação estratégica, quer o papel de suporte na prossecução de políticas e objectivos são bastante positivos. E porquê? Para os inquiridos o envolvimento dos enfermeiros e uma liderança empenhada é vital à garantia da Qualidade. Para que os objectivos gerais se possam

concretizar é necessário criar sub-objectivos individuais e dentro de cada um deles, escolher e formular medidas específicas. É a base do planeamento estratégico que se vai projectar ao nível das coisas mensuráveis.

Pela análise do quadro nº 18, verifica-se que todos os sujeitos estão completamente de acordo que a missão e filosofia do Hospital são facilitadoras ao processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem. Em relação aos objectivos verificamos maiores divergências. Porquê? Para 37,5% dos inquiridos para além de conhecer, torna-se necessário envolvimento, para que, os sintam como seus e não imposição hierárquica. Todos os inquiridos estão completamente de acordo em que cada enfermeiro deve ser responsável pela Qualidade do seu trabalho.

Quadro nº 18 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria liderança.

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo		De acordo		Discorda	
		f	%	f	%	f	%
Missão		8	100	-	-	-	-
Objectivos		5	62,50	2	25,00	1	12,50
Estilo de gestão		8	100	-	-	-	-
Envolvimento dos enfermeiros		8	100	-	-	-	-

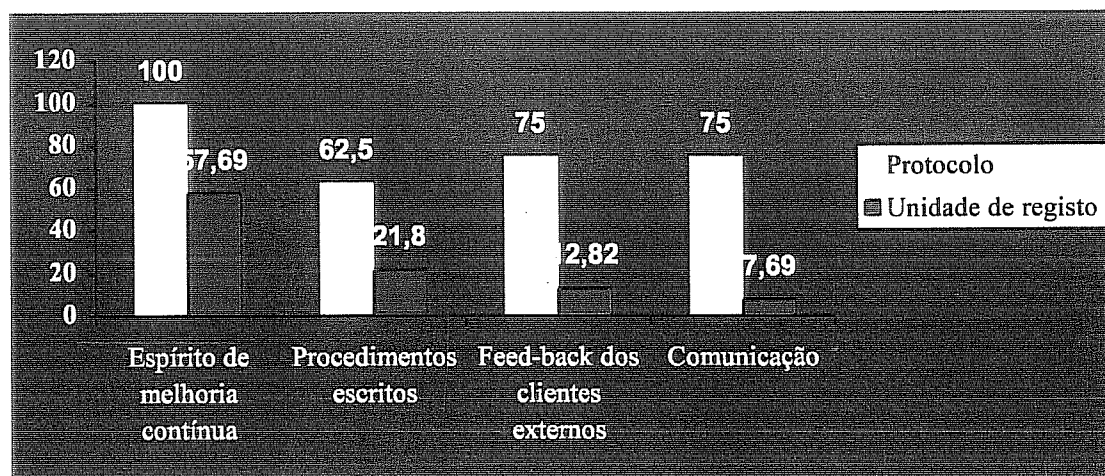
3.1.2 – Cultura organizacional

Para os inquiridos, a cultura organizacional engloba o conjunto de crenças, expectativas e valores partilhados entre os seus membros. Nesta categoria tínhamos seleccionado três pontos-chave: espírito de melhoria contínua; feed-back dos clientes externos e procedimentos escritos. Pelo valor atribuído por 75% dos sujeitos entrevistados sentimos necessidade de incluir nesta categoria a comunicação. Todos os entrevistados se pronunciaram acerca da influência da cultura organizacional na gestão estratégica do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo esta categoria registado 156 unidades de registo conforme se pode verificar pelo quadro nº 19, gráfico nº 1 e respectivos quadros sínteses. Para os inquiridos, comunicar é "pôr em comum" e pressupõe "compreensão".

Quadro nº 19 - Distribuição dos resultados obtidos na categoria cultura organizacional.

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS n = 8		UNIDADES DE REGISTO n = 156	
	f	%	F	%
◦ Espírito de melhoria contínua	8	100	90	57,69
◦ Procedimentos escritos	5	62,5	34	21,80
◦ Feed-back dos clientes externos	6	75%	20	12,82
◦ Comunicação	6	75%	12	7,69
TOTALS			156	100

Gráfico nº 1 - Distribuição dos percentuais obtidos na categoria cultura organizacional.



A divergência de opinião relativa ao feed-back dos clientes externos refere-se a dificuldades de operacionalização do envolvimento dos clientes externos na prática "... Sendo mais fácil a adaptação do cliente aos padrões definidos pelo Hospital" (Cuca). Por outro lado a conseqüente falta de comunicação inter-sectorial é o aspecto mais negativo na percepção dos inquiridos. A propósito dos procedimentos escritos verifica-se maior divergência. Porquê? Seguir protocolos de procedimentos, segundo Chaves et al (1994) é matéria susceptível de opiniões desencontradas. Contudo, os procedimentos escritos na óptica dos inquiridos são o motor do processo de garantir a Qualidade.

Quadro nº 20 - Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria espírito de melhoria contínua

ESPÍRITO DE MELHORIA CONTÍNUA	UR (n = 90)
• As áreas de melhoria da Qualidade dos cuidados de enfermagem são definidas anualmente em função dos quereres e necessidades dos clientes com base nos resultados do ano anterior.	23
• A Qualidade é um processo contínuo e inacabado.	21
• Os enfermeiros são encorajados pelas chefias hierárquicas nas actividades de melhoria contínua.	17
• A entre-ajuda entre os vários sub-sistemas e menores taxas de utilização serão factores de melhoria da Qualidade.	12
• Investir na qualidade por formação, investigação, acção é prever melhorias.	9
• Todos os níveis hierárquicos são responsáveis pela Qualidade.	8
SUB-TOTAL	90

Quadro nº 21 - Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria procedimentos escritos

PROCEDIMENTOS ESCRITOS	UR (n = 34)
• O manual de princípios básicos do sistema de classificação de doentes define o processo de garantia da Qualidade desde a concepção aos resultados – “o que, o como e quando em cada situação concreta”.	20
• O manual do sistema de classificação de doentes é o documento mais importante e define desde as responsabilidades aos níveis aceitáveis de Qualidade.	8
• O manual do sistema de classificação de doentes adaptado por cada Hospital é simples e de fácil apreensão.	4
• O manual de normas e procedimentos técnicos, integrado e coordenado pelo sistema de classificação de doentes está disponível a cada enfermeiro.	2
SUB-TOTAL	34

Quadro nº 22 - Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria “feedback” dos clientes externos

“FEEDBACK” DOS CLIENTES EXTERNOS	UR (n = 20)
• A análise dos instrumentos institucionalizados de auscultação dos clientes são os indicadores das áreas de melhoria da Qualidade.	16
• A opinião individual gratuita e anónima da Qualidade dos cuidados de enfermagem por questionário após alta é mais isenta de receios e represálias.	4
SUB-TOTAL	20

Quadro nº 23 - Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria comunicação

COMUNICAÇÃO	UR (n = 12)
• O sistema de comunicação ascendente, descendente e horizontal definido no hospital é facilitador do processo de garantia da Qualidade e satisfaz os enfermeiros.	9
• O sistema de comunicação é facilitador à realização do trabalho.	2
• Sem comunicação não há informação	1
SUB-TOTAL	12

Para os entrevistados, a cultura organizacional é a força motora da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados no Hospital. Pois é a

“...Cultura que orienta ... para que a pessoa possa manter o seu agir em função do que acredita ... mas, ... desenvolva o próprio enfermeiro (Agos) ... Consiste no espírito unificador, pelo envolvimento nas decisões ... rentabilização dos talentos, utilização de competências contribuindo com maior eficiência para os cuidados de enfermagem” (Didy).

Da percepção global dos inquiridos, a maior ênfase é a que se verifica na procura contínua de melhoria da Qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta apreciação aponta para uma disponibilidade dos enfermeiros em relação à efectivação de melhorias. Existem, dois aspectos relevantes focados pelos entrevistados, que importa realçar. Por um lado, consideram o Hospital como inovador, isto é, oferece aos clientes alternativas absolutamente inovadoras, como por exemplo o internamento dos familiares dos clientes em fases terminais e/ou quando justificável e passagem de turno junto dos clientes. Por outro lado, a procura constante de oportunidade de melhorias, é uma prática normal

no Hospital. Para alguns dos entrevistados, a criatividade parece menor nos enfermeiros recém-cursados. “... *A garantia da Qualidade é algo, ... a desenvolver mais nas escolas.*” (Didy).

A cultura, para os sujeitos do estudo, assenta no organizar o sub-sistema de enfermagem de modo a colocar o cliente como figura central - “... *Felizmente temos a cultura de aperfeiçoarmos sempre o nosso trabalho baseado ... nos valores da pessoa, da vida, do amor, da solidariedade ... é a nossa forma de estar ...*” (Agos).

O feed-back dos clientes externos é preocupação presente em todos os entrevistados como se verifica nos discursos:

“... Temos vários instrumentos ... sistematicamente de colheita de opiniões ... sugestões ... esses dados são tratados e é dado conhecimento aos enfermeiros ...” (Agos). *Tanto os elogios como os reparos são analisados pela comissão de enfermagem e enviados aos respectivos serviços ... são oportunidades de melhoria ... Esta apreciação aponta para ... melhorias e ... competitividade sadia existente entre as várias unidades”* (Didy).

O feed-back dos clientes externos, e segundo os entrevistados, é conhecida através dos mecanismos institucionalizados e sistemáticos de auscultação dos clientes através de questionário enviado ao domicílio, após a alta do cliente. Na opinião dos inquiridos, a sua devolução anónima e gratuita, permite maior espontaneidade e menor “medo” de represálias. Existem as queixas do “gabinete do utente” e o livro de reclamações “... *Que nós tratamos com muita cautela ... tratamos as queixas com muita seriedade e muito cuidado... Estes instrumentos, constituem ajudas meritórias de auscultação dos clientes externos”* (Agos).

Para os inquiridos, os gestores devem procurar formas sistematizadas de partilhar a informação com seus colaboradores, seja por reuniões ou documentos escritos. Os resultados serão superiores quando as pessoas se envolvem e se interessam pelos fins do Hospital, o que implica comunicação eficaz. O disseminar a informação, faz parte do desempenho activo dos enfermeiros gestores do HDA, que “... *Como têm a autoridade no gerir dos recursos ... possuem ... a informação necessária às negociações ... o tempo gasto com esta tarefa é ... compensado quando houver que tomar decisões ...* (Didy)...

Este feed-back dos clientes externos, *ajuda no sentido da imagem do Hospital ... na divulgação de uma imagem coerente e acaba por beneficiar influências positivas resultantes de instituições exteriores, pelas inúmeras visitas de estudo, realização de estágios de profissionais de saúde a níveis de bacharel, licenciatura e pós-graduações, inúmeros estudos de investigação”* (Agos). Existe assim a noção que o Hospital conse-

gue manter uma imagem favorável na sociedade. Esta imagem, segundo os inquiridos acaba por andar associada à imagem de um Hospital rumo à Qualidade dos cuidados de saúde “...*Em função do cliente que merece um Hospital de prestígio*”. (Didy)

Segundo os inquiridos todas as pessoas são a favor da Qualidade e num mundo perfeito não haveria necessidade de sistemas formais para garantir a Qualidade. Contudo, e segundo a sua óptica, os Hospitais são organizações constituídas por seres humanos que por vezes cometem erros. Por outro lado, os processos de produção e as tecnologias envolvidas são cada vez mais complexas o que conduz a dificuldades de interpretação e comunicação. “...*O uso de sistemas de informação visam minorar estes problemas de regulamentação, segurança e até económicos*” (Agos).

A conseqüente falta de comunicação de objectivos inter equipa multidisciplinar é o aspecto mais negativo na percepção dos inquiridos. Esta falta de integração inter áreas pode levar, nalguns casos,

“...*ao conflito de objectivos, nomeadamente com a classe médica e até mesmo à sobreposição de interesses relativamente aos objectivos, como é o caso das altas não programadas em equipa ... a cultura entre todos os sectores não é uma realidade ... começam os conflitos ... também os interesses ... É seguramente um obstáculo à garantia da Qualidade ... Não quero dizer que seja o caos, mas não é uma situação ... prevista ...*” (Afonso).

A comunicação entre a gestão de topo e níveis operacionais, na opinião de alguns entrevistados, deve proceder-se no sentido vertical ascendente e descendente através das chefias intermédias. Contudo, é evidente a percepção dos inquiridos da necessidade da comunicação na horizontal e do envolvimento dos profissionais de todas as áreas e a todos os níveis do Hospital.

Pela análise dos dados, verificamos que os procedimentos escritos surgem do manual do sistema adoptado no Hospital. São indispensáveis à segurança de clientes externos e internos, como podemos verificar nos discursos.

“...*Para garantir a fiabilidade ... que toda a gente saiba como é que deve proceder, não só ao nível de quem cuida, mas também a nível de quem gere ... está definido onde é que acaba a responsabilidade do enfermeiro, onde começa a responsabilidade do enfermeiro chefe ... Há um manual de normas também de aplicação do sistema ... que existe nos serviços*”. (Agos).

Por outro lado e segundo a análise dos dados obtidos, podemos verificar que os padrões e critérios de Qualidade fazem parte desse manual. Enquanto que no manual de procedimentos estão contidas as normas, como podemos verificar nos discursos seguintes:

“...Cinco Hospitais piloto ... deram os primeiros passos ... foi criado um grupo de peritos para analisar esse manual de conceitos básicos ... tem a vertente da definição de padrão da Qualidade ... portanto há um manual de normas também da aplicação do sistema que toda a gente conhece ... “ (Agos). ...”Sem o manual não se consegue garantir a Qualidade” (Tatay) ... “No manual do sistema inclui ... o quando, como, onde, quem é que faz o quê ... para evitar falhas ... garantir a fiabilidade ... para que toda a gente saiba como é que deve proceder ... a nível de quem cuida ... nível de quem gere ... definido onde é que acaba a responsabilidade do enfermeiro chefe ... tomar decisões e de avançar ... há um manual de normas ... que toda a gente conhece ... e que devemos cumprir para que os resultados sejam bons ... onde estão definidos os padrões de Qualidade ... responde ao aceitável ... adequados aos clientes portugueses ... É baseado na realidade ... Processo de classificação com todo o processo ... quando o doente chega, que medidas é que se adopta, quem classifica, quando, como, onde, quem é que faz o quê” (Agos).

A propósito dos procedimentos escritos é interessante verificar que os manuais de enfermagem surgem-nos historicamente, segundo Soares (1996) a partir de 1876. Embora, e segundo a mesma autora, não se possa esquecer o livro de Florence Nightingale, “Notes of Nursing”, publicado em 1859 e nunca traduzido em português, os manuais que apareceram em Portugal a partir do começo do Século XX, obedecem aos mesmos princípios, tendo por base ensinamentos dos cuidados de enfermagem e áreas afins, isto é:

“...são repositórios de normas prescritivas, a cumprir pelos enfermeiros, centrados nas regras de higiene e na execução de procedimentos técnicos, e ... determinam os conhecimentos necessários ao desempenho de técnicas e outras actividades ... para que aprendam o fazer que se tornará o seu conteúdo profissional ...” (Soares, 1996 – Notícias sobre alguns Manuais de Enfermagem. nº 1 (2ª série) Janeiro-Março, pág. 43 a 52).

Pela análise dos resultados obtidos (quadro nº 24) em escala classificativa (1 a 5) verifica-se não haver consenso em relação à comunicação ascendente e descendente, devendo esta passar pelos chefes intermédios. Todos os sujeitos estão completamente de acordo em que os enfermeiros devem esforçar-se no sentido da melhoria dos cuidados, mesmo quando os sintam satisfatórios.

Quadro nº 24 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria cultura organizacional.

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo		De acordo		Discorda	
		f	%	f	%	f	%
Espírito de melhoria contínua		8	100	-	-	-	-
Procedimentos escritos		8	100	-	-	-	-
Feed-back dos clientes externos		8	100	-	-	-	-
Comunicação		5	62,50	2	25,00	1	12,50

3.1.3 – Estrutura organizacional

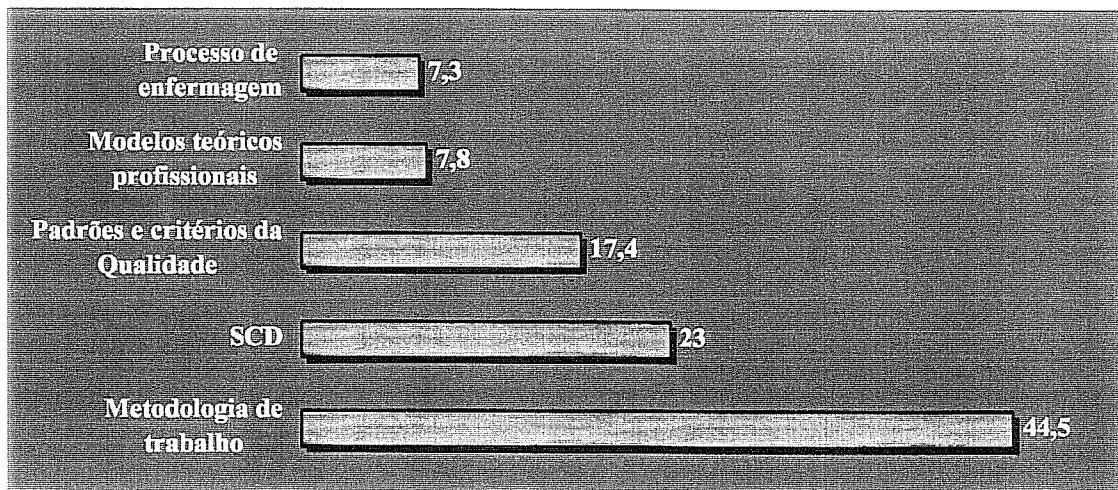
Estruturar uma organização, para os inquiridos é o definir funções, com quem e como se deve relacionar em termos horizontais e verticais. Organizar é integrar de uma forma harmoniosa os recursos humanos técnicos e financeiros de modo a otimizar a consecução das metas definidas, por metodologias e instrumentos compatíveis.

Partindo dos pressupostos enumerados, e da informação dos inquiridos, qualquer organização hospitalar vai modelar em estruturas piramidais por serviços e departamentos, cada vez menos coerentes entre si, com missões e operações concretas, criando divisões estanques, horizontais e verticais por vezes complexas. É nesta realidade que se integra o sub-sistema de enfermagem no Hospital orientado e normalizado pelo sistema de classificação de doentes. Para os inquiridos o sistema e as estruturas organizacionais, são os pilares básicos do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem. Contudo deparam-se com algumas dificuldades como se pode verificar nos seus discursos. “...Um dos nossos grandes problemas é que a garantia ... deve ser global ... Não conseguimos criar uma comissão multidisciplinar ... sob o ponto de vista de enfermagem temos as coisas controladas ...” (Agos). Conforme o quadro nº 25, respectivos quadros sínteses e gráfico nº 2, verifica-se que a maior ênfase foi dada à metodologia de trabalho, seguindo-se o sistema de classificação de doentes; padrões e critérios da Qualidade; modelos teóricos profissionais sendo o menor valor atribuído ao processo de enfermagem. Contudo, o processo de enfermagem, na óptica dos inquiridos é a forma sistematizada de resolver os problemas do cliente, como ser único, global, complexo, livre na sua forma de estar na vida.

Quadro nº 25 - Distribuição dos resultados obtidos na categoria estrutura organizacional

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS n = 8		UNIDADES DE REGISTO n = 159	
	F	%	f	%
o Metodologia de trabalho	8	100	96	44,00
o Sistema de classificação de doentes	8	100	50	23,00
o Padrões e Critérios da Qualidade	8	100	38	17,40
o Modelos Teóricos Profissionais	6	75	17	7,80
o Processo de Enfermagem	7	87,5	17	7,80
TOTALS			218	100

Gráfico nº 2 – Distribuição dos percentuais obtidos na categoria estrutura organizacional



A divergência de opinião relativa às sub-categorias, segundo a óptica dos inquiridos, é porque a estrutura organizacional e o sistema de garantia, são os pilares básicos de todo o processo de garantia. Por outro lado, a metodologia e instrumentos de trabalho estão inerentes à concepção teórica do sistema. Também segundo alguns inquiridos os enfermeiros "... Não vêem o dinamismo do SCD ... gerir os recursos ... gerir a Qualidade ... prescrever..." (Agos).

Quadro nº 26 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria metodologia de distribuição de trabalho.

METODOLOGIA DE TRABALHO	UR (n = 96)
• O método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável permite o envolvimento e responsabilidade de quem cuida. Oferece maior segurança ao cliente desde a admissão até à alta.	36
• O método por enfermeiro responsável situa-se no cliente e permite diagnosticar, prescrever, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem.	20
• O método de distribuição por enfermeiro responsável coordenado pelo sistema de classificação de doentes, implica que o enfermeiro seja liberto de tarefas burocráticas e reposição de material. A orientação contínua pelo enfermeiro chefe em direcção aos parâmetros previstos, diminui o risco do individualismo.	17
• O método científico do cuidar e o apoio entre serviços são factores primordiais ao processo de garantia da Qualidade.	15
• O método por enfermeiro responsável oferece maiores dificuldades aos enfermeiros recém-formados e aos internamentos curtos.	8
SUB-TOTAL	96

Quadro nº 27 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria sistema de classificação de doentes

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES	UR (n = 50)
• Exige estruturas organizacionais compatíveis à Qualidade e garante que as actividades decorram de forma coordenada, por metodologia científica e por enfermeiro responsável. Inclui as políticas e canais de comunicação.	20
• É o instrumento facilitador da gestão dos recursos humanos e da Qualidade desde a concepção aos resultados medíveis e credíveis à Qualidade dos cuidados de enfermagem.	18
• Cria nova dinâmica com gestão equitativa dos cuidados de enfermagem em função dos recursos e maior envolvimento relacional entre cliente interno e externo.	8
• As dificuldades inerentes à sua implementação nos 22 hospitais portugueses foram ultrapassados por formação e informação.	4
SUB-TOTAL	50

Quadro nº 28 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria padrões e critérios da Qualidade

PADRÕES E CRITÉRIOS DA QUALIDADE	UR (n = 38)
• São unidades de medida indispensáveis à monitorização e devem retratar as necessidades e expectativas dos clientes.	19
• Devem ser definidos e revistos periodicamente pelos enfermeiros em cada triénio.	6
• Em cada padrão é utilizado normas e critérios com níveis aceitáveis de Qualidade baseados nos modelos teóricos adoptados.	6
• A participação dos clientes externos por representante da população é fundamental.	4
• Os padrões e critérios da Qualidade estão definidos no sistema de classificação de doentes e são contributos à avaliação do desempenho.	3
SUB-TOTAL	38

Quadro nº 29 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria modelos teóricos profissionais.

MODELOS TEÓRICOS PROFISSIONAIS	UR (n = 17)
• São os guias orientadores e primeiros pressupostos ao processo de garantia da Qualidade, desde a concepção aos resultados.	12
• São básicos à definição de padrões e critérios da Qualidade.	5
SUB-TOTAL	17

Quadro nº 30 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria processo de enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM	UR (n = 17)
• É o instrumento básico ao processo de cuidar pela forma sistematizada de resolução de problemas e identificação do que deve ser feito.	11
• É um instrumento prático no dia-a-dia.	3
• É visto pelos recém-formados como processo académico e não como instrumento facilitador à Qualidade.	3
SUB-TOTAL	17

Na óptica dos inquiridos a estrutura organizacional do Hospital é caracterizada como sendo uma organização predominantemente funcional com uma comunicação vertical descendente ascendente e horizontal eficiente no sector de enfermagem. A organização dos cuidados de enfermagem, consiste, segundo os inquiridos, nas opções estratégicas de conseguir satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes internados no Hospital. Para os inquiridos “...Sem uma estrutura compatível não conseguimos ter um processo de garantia da Qualidade” (Agos).

Foi consensual que a procura da melhoria contínua é um processo inacabado e activo no HDA,

“... Há que investir em novas soluções, melhorias e inovações se queremos entrar no século XXI, rumo à excelência” (Afonso). ... *A primeira coisa a fazer é criar estruturas organizacionais compatíveis ... é um aspecto importante, e até fundamental ...*” (Didy). ... *“A estrutura organizacional é importante ... Temos as coisas organizadas de forma que os enfermeiros estejam a fazer devidamente enfermagem ... No nosso caso ... tentamos que os serviços tenham disponíveis os materiais e equipamentos ... nos aspectos técnicos em termos de Qualidade ... A organização dos cuidados de enfermagem pelo sistema de classificação de doentes é facilitador ...* (Afonso). *“... Os modelos teóricos interferem na produção dos cuidados de enfermagem ...”* (Cuca). *“... são fundamentais ... nós definimos um modelo de gestão com a participação ... por objectivos ... Penso que este modelo se for seguido ... tendo em conta as características pessoais ... é a linha mestra do tipo de cuidados que as pessoas prestam ...”* por onde as pessoas se orientam” (Didy). A metodologia de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável ... *Pois, é o método ... que ... contribui para a responsabilização de cada enfermeiro pelo cliente desde a admissão até à alta“* (Cuca). *“...É um meio para o desenvolvimento das capacidades pessoais dos enfermeiros, favorecendo a auto-confiança, a criatividade e a inovação“* (Didy).

O sistema de classificação de doentes é o “pilar orientador” de todo o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital. Assenta nos seguintes princípios:

“...Compromisso empenhamento da liderança de topo; comunicação na vertical e horizontal; valorização e treino do pessoal, melhor entendimento das necessidades e expectativas dos clientes, análise e melhoria de processos, medição da performance e todos estes princípios ligados à melhoria continua” (Agos). *“...Sem sistema não se consegue”* (Tatay) ... *permite quantificar o trabalho necessário em função das necessidades dos clientes. É um elemento chave de gestão dos serviços de saúde...“* (Agos).

... se nós de facto quisermos que os enfermeiros gestores exerçam as suas funções têm de ter um sistema, um instrumento que permita de facto gerir os recursos e gerir os cuidados ... e este sistema ... permite ... quer na área dos cuidados ... em termos de resultados da Qualidade que nós alcançamos". (Agos).

O facto da fraca adesão dos Hospitais existentes em Portugal para alguns inquiridos, deve-se a

"...Muitas campanhas por alguns enfermeiros que não vêem o dinamismo ... a nova forma de estar ... as pessoas olham só para o sistema como um indicador que nos diz que temos poucos enfermeiros ... isso é pouco ... eu vejo o sistema um instrumento que nos permite gerir os recursos ... mas gerir também a Qualidade ... se eu tenho poucos recursos ... e não tenho instrumentos legais que permita contratar mais enfermeiros, o que tenho que fazer é negociar com cada equipa o nível de padrão da Qualidade de cuidados ... qual será o padrão aceitável ... de acordo com os recursos disponíveis ... não se pode exigir os 100% se temos recursos a 50% ... (Agos). Por exemplo, temos o padrão de cuidados de higiene à boca ... a todos os doentes ... Se temos uma taxa de utilização elevada em função dos recursos vamos atender esse padrão apenas aos clientes totalmente dependentes ..." (Didy). ... "Reflectir sobre o seu doente ... suas necessidades ... prescrever cuidados, ... que ainda não entrou na cultura dos enfermeiros ... e aí reside a nossa essência ... aí é que se leva mais tempo ... isso é cuidar" (Agos).

A definição de padrões e critérios da Qualidade dos cuidados de enfermagem, verifica-se que para todos os entrevistados são indispensáveis ao processo de garantia da Qualidade. *"... Através dos padrões e critérios ... são definidos o que se deve e como se deve avaliar o nível da Qualidade dos cuidados de enfermagem ..."* (Agos). Na opinião dos entrevistados, o exercício desta competência legal dos enfermeiros gestores, devem representar a primeira prioridade, para que a profissão não corra o risco de receber, padrões de outras profissões. E porquê? Os padrões de Qualidade constituem referência essencial do desempenho global do Hospital e das competências legais dos enfermeiros gestores. Por um lado, devem reflectir as necessidades e expectativas dos clientes, e por outro, a filosofia, política e quadros de referência do Hospital.

"... São unidades, que permitem garantir a Qualidade técnica, segurança, satisfação dos clientes e optimização da eficiência dos cuidados diferenciados proporcionados pelo Hospital ... Devem acompanhar a evolução e desenvolvimento das necessidades e expectativas dos clientes internos e externos" (Agos). "... contempladas as opiniões dos clientes ... quer através dos seus representantes, quer do sistema de registo ..." (Afonso) ... *O envolver o cliente na concepção geral é útil mas difícil de operacionali-*

zar” (Tatay). “... são áreas a serem mais trabalhadas nas Escolas desde a formação de base ao nível dos CESE's e por pessoas competentes, por exemplo engenheiros da Qualidade ... É uma área decisiva e deve ser assumida como um investimento pelas Unidades de Saúde e como tal é uma área passível de melhorias” (Agos).

Para os 100% dos inquiridos o modelo conceptual de gestão interfere na produção da Qualidade dos cuidados de enfermagem, conforme se verifica pelos discursos: “O Modelo conceptual profissional de gestão adoptado no Hospital é a base para se obter bons resultados nos cuidados de enfermagem ... sem um quadro conceptual, não podemos definir padrões, porque os padrões são feitos em função do modelo conceptual ... É o primeiro passo ...” (Agos). O processo de enfermagem, técnica de resolução de problemas para alguns dos inquiridos e metodologia científica para outros, é o método utilizado e considerado por todos os entrevistados como eficiente à garantia da Qualidade; “... Permite que nós façamos aquilo que deve ser feito ... o método científico permite exactamente isso, identificar o que deve ser feito ... fazer bem aquilo que deve ser feito ... e fazê-lo bem” (Agos).

Foi consensual, para a grande maioria dos inquiridos, que o processo de enfermagem é uma forma sistematizada de resolver os problemas do cliente, através da maximização da interacção do enfermeiro / cliente e/ou família de modo a restabelecer a homeostasia.

Quadro nº 31 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria estrutura organizacional

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo		De acordo	
		f	%	f	%
Modelos teóricos profissionais		8	100	-	-
Metodologia de trabalho		8	100	-	-
Processo de enfermagem		8	100	-	-
Sistema de classificação de doentes		6	75,00	2	25,00
Padrões e critérios da Qualidade		7	87,50	1	12,50

Resumo dos dados relativos à concepção e planeamento

Pelos resultados obtidos nas três categorias e treze sub-categorias inventariadas, a Qualidade ao nível da concepção e planeamento é vista como uma estratégia capaz de mo-

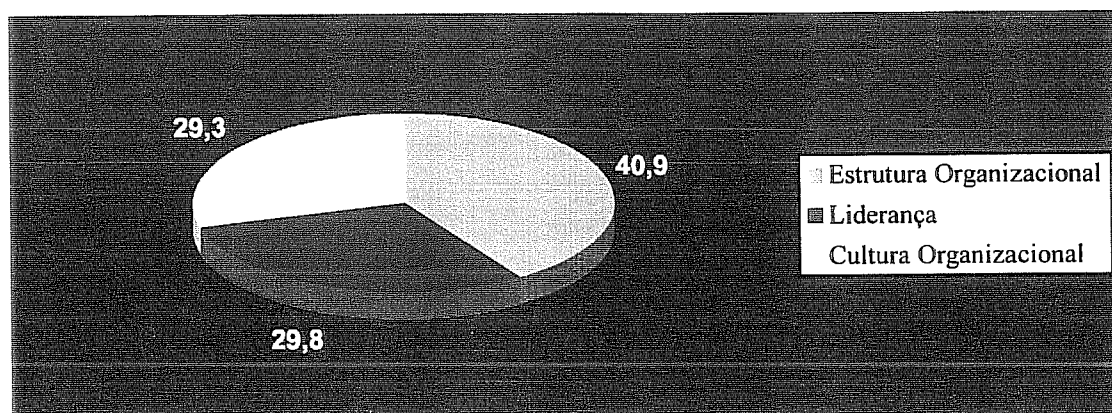
bilizar as organizações e as pessoas que nelas trabalham em função do cliente. E porquê?, “...É este que nos paga o ordenado, e é por ele que aqui estamos” (Rui).

Os resultados mais significativos (quadro nº 32, gráfico três e excertos das entrevistas) é atribuído pelos inquiridos à estrutura organizacional (40,90) seguindo-se liderança e cultura organizacional.

Quadro nº 32 - Síntese dos percentuais relativos à área temática concepção e planeamento por ordem decrescente das unidades de registo

SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO (n = 533)	
	f	%
Estrutura Organizacional	218	40,90
Liderança	159	29,80
Cultura organizacional	156	29,30
TOTAIS	533	100

Gráfico nº 3 - Síntese dos percentuais obtidos na área temática concepção e planeamento



Para os inquiridos, a concepção e planeamento é a

“...Base do definir o rumo ... do Hospital” (Agos). Torna-se necessário conhecer o meio envolvente, o próprio Hospital, recursos e cultura ... A visão, missão e objectivos ... são essenciais ... A liderança é fundamental” (Agos) “...A cultura ... espírito unificador ... pelo envolvimento das pessoas nas decisões, rentabilização de talentos, utilização de

competências ...” (Didy) ... Sem sistema de Qualidade não se consegue ... (Tatay) ... A falta de integração inter-áreas pode levar ao conflito de objectivos ...” (Afonso) ... A primeira coisa a fazer é criar estruturas organizacionais compatíveis ... É através dos padrões e critérios que são definidos o que se deve e como se deve avaliar o nível da Qualidade dos cuidados de enfermagem ... o modelo conceptual profissional de gestão adoptado no Hospital é a base para se obter bons resultados...” (Agos).

Quadro nº 33 – Síntese da opinião relativa às sub-categorias da área temática concepção e planeamento.

Categorias	Sub-categorias	Completamente de acordo		De acordo		Discorda	
		f	%	f	%	f	%
Estrutura organizacional	. Modelos teóricos de gestão	8	100	-	-	-	-
	. Metodologia de trabalho	8	100	-	-	-	-
	. Processo de enfermagem	8	100	-	-	-	-
	. Padrões e critérios da Qualidade	7	87,50	1	12,50	-	-
	. Sistema classificação doentes	6	75,00	2	25,00	-	-
Liderança	. Missão	8	100	-	-	-	-
	. Estilo de gestão	8	100	-	-	-	-
	. Envolvimento dos enfermeiros	8	100	-	-	-	-
	. Objectivos	5	62,50	2	25,00	1	12,50
Cultura organizacional	. Espírito de melhoria contínua	8	100	-	-	-	-
	. Feedback dos clientes externos	8	100	-	-	-	-
	. Procedimentos escritos	8	100	-	-	-	-
	. Comunicação	5	62,50	2	25,00	1	12,50

Porque surgem estas diferenças de opinião em quatro sub-categorias? Segundo Sale (1998), a abordagem pela Gestão da Qualidade Total coloca o cliente no centro de todas as actividades em todos os níveis do Hospital, com o apoio e o envolvimento da gestão de topo, através de uma abordagem organizada por monitorização da Qualidade dos cuidados prestados por todo o pessoal. Segundo a mesma autora, esta abordagem distingue-se do passado recente, em que o departamento da garantia da Qualidade organizava normas e critérios partindo do topo para a base da organização. Por outro lado, segundo

Sale (1998), os enfermeiros têm-se preocupado com a oferta de cuidados de Qualidade e têm até trabalhado arduamente na melhoria contínua dos serviços que prestam. A grande diferença “...*Está em vez de existirem bolsas de entusiasmo dentro da organização seja a própria organização a fazer parte de um sistema estruturado de Qualidade que é gerido sistematicamente*” (Sale, Diana, 1998, p.48).

Este processo histórico, obviamente, evidencia os inúmeros avanços conquistados pela enfermagem. Contudo, segundo Waldow e outros (1995), o processo de cuidar é da responsabilidade dos enfermeiros. Responsabilidade que abrange todo o corpo hospitalar em prol de melhor Qualidade de vida humana durante o internamento e não só aos enfermeiros, que “... *O SCD não consegue resolver ... A garantia da Qualidade exige equipas multidisciplinares ...*” (Agos).

3.2 - COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO

Segundo Caetano et al (1996), a linha hierárquica intermédia é composta pelos supervisores que possuem responsabilidade directa sobre o trabalho dos elementos do núcleo operacional e que asseguram a ligação à gestão de topo, recolhendo e transmitindo a informação relacionada com a unidade supervisionada, resolvendo os problemas surgidos dentro de cada unidade funcional, definindo as regras e procedimentos e controlando o trabalho.

Neste nível de gestão surgem naturalmente as competências profissionais dos enfermeiros gestores onde o planeamento funcional exerce papel relevante nos resultados. Como se verifica pelos discursos dos inquiridos, “...*Preparar pessoas; motivar ... até o bom gestor não consegue antecipar ... todas as situações ...*” (Didy). O planeamento funcional define o que fazer e como fazer. É detalhado e serve de base ao controlo ... *O planeamento funcional procura otimizar os recursos e maximizar os resultados ... é orientado para a eficiência...*” (Flor). É um processo descendente na estrutura que deve ser participado, para que todos reflectam, se envolvam e se responsabilizem.

Nesta categoria por nós seleccionada, consideramos como pontos chave: planeamento; estratégias de análise e resolução de problemas; motivação e formação para a Qualidade, tendo-se verificado cento e noventa e três (193) unidades de registo. Pela análise do quadro nº 34, gráfico nº 4 e respectivos quadros sínteses, verificamos que a maior ênfase

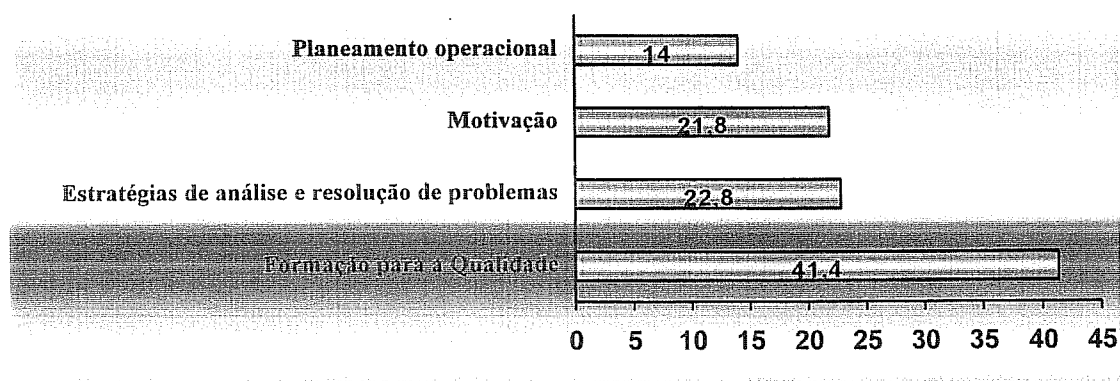
se obtida foi atribuída à formação; seguindo-se estratégias de análise e resolução de problemas; motivação, sendo o valor menor atribuído ao planeamento. Contudo, foi evidente e consensual que o planeamento funcional é uma actividade valorizada no dia-a-dia a todos os níveis de gestão no Hospital.

3.2.1 – Competências profissionais

Quadro nº 34 - Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria competências profissionais

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS n = 8		UNIDADES DE REGISTO n = 193	
	f	%	f	%
Formação para a Qualidade	7	87,50	80	41,40
Estratégias de análise e resolução de problemas	7	87,50	44	22,80
Motivação	8	100	42	21,80
Planeamento operacional	7	87,5	27	14,0
TOTAIS			193	100

Gráfico nº 4 - Distribuição dos percentuais relativos à categoria competência profissional



A competência profissional, é vista pelos inquiridos como um grande desafio aos enfermeiros gestores "... são pessoas chave ... a nível de todo o Hospital ... pela garantia da Qualidade ... ajudar a aprender ... a sua competência vai influenciar ... desenvolver formação e investigação" (Agos).

Quadro nº 35 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria formação para a Qualidade.

FORMAÇÃO PARA A QUALIDADE	UR (n = 80)
• A formação contínua é identificada anualmente em cada unidade em função das áreas de melhoria de Qualidade e realizada em grande parte dentro de cada unidade.	22
• As Escolas de enfermagem têm um papel fundamental na formação para a Qualidade.	18
• A formação contínua da Qualidade deve basear-se no modelo estratégico – investigação, formação e acção.	14
• A investigação é uma realidade complicada e dificultada por excesso de trabalho dos enfermeiros e ideias perfeccionistas das Escolas de enfermagem.	13
• Os enfermeiros recém formados apresentam dificuldades no processo de garantia da Qualidade em especial na programação.	10
• Toda a formação realizada extra unidade é discutida em serviço.	3
SUB-TOTAL	80

Quadro nº 36 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria estratégias de análise e resolução de problemas.

ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	UR (n = 44)
• As áreas de insatisfação identificadas pelos clientes, são analisadas em comissão de enfermagem e comissão de garantia da Qualidade.	20
• Os problemas são analisados em termos de resultados através das várias estratégias nas situações parametrizadas no processo de garantia da Qualidade.	10
• As medidas correctivas são introduzidas nas situações que saem da normalidade.	10
• Em todo o processo de garantia é importante saber o que e o como garantir a Qualidade no dia-a-dia.	4
SUB-TOTAL	44

Quadro nº 37 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria motivação.

MOTIVAÇÃO	UR (n = 42)
• O conhecimento sistemático dos resultados da Qualidade dos cuidados de enfermagem é um incentivo positivo.	17
• Os projectos reais e concretos coordenados e acompanhados pela gestão de topo são motivadores à melhoria da Qualidade.	8
• Os valores explícitos na cultura do Hospital no agir do dia-a-dia com investigação sistemática são factores facilitadores ao desempenho.	8
• A responsabilização pelo processo de cuidar desde o fazer a história clínica, prescrever, planear, executar, coordenar e avaliar a Qualidade dos cuidados é um incentivo positivo.	6
• Desmotivador é a taxa de utilização elevada.	3
SUB-TOTAL	42

Quadro nº 38 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria planeamento funcional.

PLANEAMENTO OPERACIONAL	UR (n = 27)
• Orienta as decisões e as actividades no processo de garantia da Qualidade.	12
• É o meio de rentabilizar os recursos e introduzir medidas correctivas atempadamente.	8
• Permite avaliar rapidamente o grau de sucesso.	7
SUB-TOTAL	27

Conforme se pode verificar nos discursos dos inquiridos, é consensual que o planeamento funcional é uma actividade do “dia-a-dia” no Hospital e está directamente relacionado às competências e ao desenvolvimento das actividades dos enfermeiros gestores no processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

“... Os enfermeiros chefes, como gestores intermédios, são pessoas chave, não sómente na unidade onde trabalham, mas também a nível de todo o Hospital. Como gestores são

os responsáveis pela garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem na sua unidade, preocupando-se com a direcção, supervisão e avaliação de todos os cuidados necessários ao bom atendimento do cliente” (Agos).

Neste nível de gestão, o enfermeiro chefe como gestor intermédio, é ele que coordena as actividades da sua equipa. Na óptica dos entrevistados, as suas atitudes e competências vão influenciar a Qualidade dos cuidados de enfermagem a nível das equipas, ao cliente e à família. Para alguns inquiridos compete ao gestor intermédio o desafio da descentralização da tomada de decisão aos níveis operacionais, sem abdicar das suas responsabilidades e competências. São eles “...*Que devem ajudar a aprender mais do que dar respostas ... num clima de confiança ... trabalhando harmoniosamente ... com os outros na prossecução dos objectivos definidos” (Agos). O processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem é visto pelos inquiridos como um grande desafio colocado hoje aos enfermeiros gestores, e como tal há necessidade de:*

“...Aumentar o número de enfermeiros efectivos, a fim de garantir uma dotação adequada. Por outro lado, e mais importante é o desenvolver formação e investigação em serviço, proporcionando meios e envolvimento de todos os enfermeiros ...” (Didy). “O processo de garantia da Qualidade é global ... a garantia da Qualidade deve ser multidisciplinar ... há uma grande dificuldade entre a acção do enfermeiro director e da acção dos directores de serviço” (Afonso).

Na óptica dos entrevistados as conhecidas funções de gestão, planear, organizar, dirigir e controlar, são explícitas no Hospital, mas de facto, “...*o trabalho de um gestor é denso e complexo, obrigando-o a desempenhar muitas das suas tarefas superficialmente (Afonso). Por outro lado, os gestores têm de lidar com as pressões do dia-a-dia no ambiente interno. Para todos os entrevistados, é vital a informação a todos os níveis, bem como a medição sistemática e contínua das variáveis seleccionadas e parametrizadas bem como a introdução de medidas correctivas quando necessárias.*

A estratégia de análise e resolução de problemas, segundo os inquiridos conduz a duas realidades distintas. Por um lado, no sector de enfermagem, existe uma grande capacidade de resolução de problemas técnicos e ou operacionais. Por outro lado, os problemas ligados às outras áreas como por exemplo à medicina, conduz a aspectos menos prementes em termos de operacionalidade no Hospital. “...*Muitas vezes os problemas são atacados de forma sintomática e não de forma radical” (Afonso). Porquê?*

As causas apontadas por alguns inquiridos e segundo estes, relacionam-se às subculturas, falta de planeamento conjunto e no estabelecer de prioridades. Não foi, por-

tanto, considerado pelos inquiridos a existência de forma sistemática de resolução de problemas da Qualidade nos vários sub-sistemas do Hospital, o que se repercute nas actividades interdependentes dos enfermeiros. “...*Há zonas cinzentas ... em termos de levar adiante a garantia da Qualidade ... criam-se conflitos e problemas a nível das equipas ... que se geram no serviço de enfermagem e serviço médico*” (Agos). As técnicas de análise e solução de problemas mais usadas no Hospital, são os “...*Histogramas, a análise de tendências, análise funcional, análise de Pareto, técnica de resolução de problemas, brainstorming ... cartas de controlo em estudo ... Os gestores são os responsáveis por obterem, tratar e divulgar a informação essencial ao desempenho do trabalho*” (Agos).

Na formação para a Qualidade, na óptica dos inquiridos, o enfermeiro gestor em Portugal dispõe de um conteúdo funcional legal com competências em todos os níveis de gestão, das quais ressalta a formação em serviço. Mas, por outro lado, nem sempre existe vontade, dinamismo, criatividade, motivação e meios necessários à sua concretização na prática. “...*Tem-se dado pouca ênfase na formação ... ao nível do CESE ... a formação na área da Qualidade ... deviam ter uma disciplina sobre garantia da Qualidade ... com formação que permitisse utilizar as ferramentas de garantia da Qualidade ... desde as técnicas simples às mais complexas ... aplicáveis na saúde*” (Agos).

Os inquiridos consideram, de uma forma geral, que o Hospital tem uma política de garantia da Qualidade no sector de enfermagem. No entanto, “...*Há zonas cinzentas que provocam algumas dificuldades ... criam-se conflitos e problemas a nível de equipas ... entre enfermagem e serviço médico*” (Agos). “...*Há que desdramatizar ... com formação a todos os níveis a fim de ser obtida uma maior participação interdisciplinar de todos os profissionais de saúde*” (Didy).

Para os inquiridos, os gestores, devem ser fomentadores de aspectos inovadores no ambiente de trabalho, “...*Formando, estimulando e facilitando a mudança ... Criador de oportunidades de aprendizagem de forma a conseguir o crescimento e desenvolvimento pessoal*” (Cuca). “... *São áreas que precisam de ser exploradas na formação ... na formação de base ... na escola são dados instrumentos ... na prática no dia-a-dia... é outra realidade*” (Agos).

A motivação, segundo os sujeitos deste estudo, é importante, como se pode verificar nos discursos:

“...O ser humano necessita de acreditar no seu trabalho e sentir-se importante ... incluir-se nos problemas e soluções do Hospital ...” (Agos) “...O desempenho não dependerá só da motivação, pois se a pessoa está motivada, mas não lhe é facultada a aptidão, vai andar sob stress ... há que apostar na formação contínua nos serviços e não só em congressos e conferências ... há que formar responsáveis, dar-lhes tempo ... uma vez treinados apliquem essa formação no seu trabalho” (Didy).

Estará o exercício da competência profissional relacionada à concepção da Qualidade pela gestão de topo? Conforme alguns excertos dos discursos dos inquiridos verifica-se que:

“... A Qualidade é um processo em movimento e todos na organização devem participar ... não se consegue Qualidade por ilhas ...” (Afonso). “... Os (problemas) relacionam-se às subculturas, falta de planeamento conjunto ... o chefe tem de apagar fogos” ... (Afonso) ... Conflitos e problemas a nível das equipas ... Enfermagem, Médico e Farmacêutico...” (Afonso). “...Havendo uma cultura, uma forma de organizar ... pela direcção e comissão de enfermagem ... o chefe ... levando os outros enfermeiros ...” (Cuca). “... As funções legais dos enfermeiros gestores ... estão bem descritas no papel ... Na prática se não houver definição de normas, protocolos ... é difícil ... avançar em Qualidade ... As competências estão explícitas mas se não houver linhas orientadoras não conseguimos concretizar ...” (Cuca) “... Os modelos conceptuais interferem ... Mas, se a gestão não motivar e demonstrar ... torna-se complicado ... os chefes intermédios têm responsabilidades e influência ... falta muito para atingir a Qualidade ... penso que nunca se atinge ...” (Didy).

Quadro nº 39 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria competências profissionais

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo		De acordo		Discorda		Completamente em desacordo	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Planeamento funcional		6	75,00	2	25,00	-	-	-	-
Estratégias de análise e resolução de problemas		6	75,00	2	25,00	-	-	-	-
Formação para a Qualidade		4	50,00	4	50,00	-	-	-	-
Motivação		1	12,50	2	25,00	1	12,50	4	50,00

Em síntese e pelos discursos verifica-se que a insuficiência de conhecimentos na área da Qualidade face às exigências profissionais é manifesta particularmente para os enfermeiros recém-formados, (50,0%) e as tarefas que desempenham. Os resultados apontam para o equilíbrio entre os que respondem ser os conhecimentos suficientes e insuficientes. Segundo os inquiridos, o Hospital privilegia metodologias de inovação, criatividade e autonomia no trabalho através de formas de sensibilização interna com vista a garantir articulação entre os níveis de decisão e execução.

3.3 - CONTROLO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A enfermagem, como sub-sistema do Hospital, está integrada na dinâmica do controlo real da Qualidade dos cuidados que presta, e como tal, é responsável por avaliar e controlar a sua área de actuação. Controlar e avaliar, consiste segundo os inquiridos, em obter o feed-back dos resultados, avaliar a realização dos planos e objectivos e corrigir os desvios. Todo o processo de controlo e avaliação inclui métodos, estratégias, planos consensuais integradores de objectivos, actividades de medida, sistemas de informação concisos e análise crítica em função dos resultados.

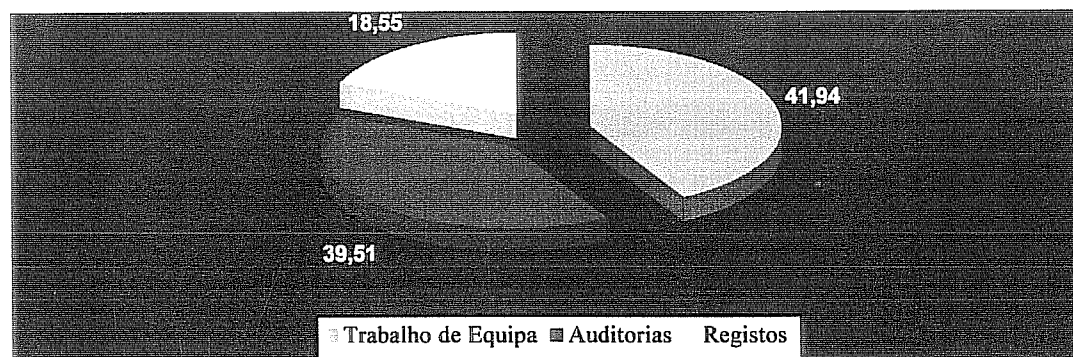
3.3.1 – Métodos de controlo

O controlo da Qualidade dos cuidados de enfermagem, para os inquiridos, envolve desde o processo de concepção, medidas correctivas, Qualidade de vida do cliente em termos de conforto, acolhimento, segurança e hotelaria relativas às expectativas do cliente. Segundo os inquiridos a comissão de auditores é responsável pela listagem dos erros, falhas e sucessos; formação dos pares; produzir e divulgar conhecimentos sobre o SCD; propor medidas correctivas e avaliar a eficácia das medidas correctivas. A comissão de avaliação da Qualidade dos cuidados no HDA tem por responsabilidade produzir e divulgar conhecimentos sobre Qualidade dos cuidados; acompanhar o desempenho dos serviços; recolher, analisar e tratar os dados dos vários projectos; propor medidas correctivas e avaliar a eficácia das medidas correctivas.

Quadro nº 40 - Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria métodos de controlo da Qualidade

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS n = 8		UNIDADES DE REGISTO n = 124	
	f	%	f	%
◦ Trabalho de equipa	8	100	52	41,94
◦ Auditorias	6	75,00	49	39,51
◦ Registos da Qualidade	5	62,50	23	18,55
TOTAIS			124	100

Gráfico nº 5 – Distribuição dos percentuais obtidos à categoria métodos de controlo da Qualidade



Quadro nº 41 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria trabalho de equipa

TRABALHO DE EQUIPA	UR (n = 52)
• Envolve todos os enfermeiros desde o enfermeiro director, chefias intermédias e níveis operacionais coordenados pelo sistema de classificação de doentes.	20
• É um trabalho multidisciplinar e as áreas de melhoria são definidas por cada equipa em cada unidade de internamento.	13
• As directivas vêm da gestão de topo e cada equipa negocia os níveis aceitáveis da Qualidade.	7
• A comissão de garantia da Qualidade (composta pelo en ^o director, um en ^o chefe, um en ^o especialista e um en ^o graduado) tem por missão a orientação de todo o processo desde a concepção aos resultados finais.	6
• As equipas multidisciplinares devem analisar novas formas de cuidar.	6
SUB-TOTAL	52

Quadro nº 42 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria auditorias.

AUDITORIAS	UR (n = 49)
• As auditorias internas são planeadas, programadas e realizadas por enfermeiros auditores exteriores ao serviço auditado.	17
• As auditorias internas são contributos válidos ao processo de garantia da Qualidade.	14
• As auditorias internas realizadas em média de oito por mês, de forma aleatória e de preferência na presença do en ^o responsável pelos clientes auditados, tendo por base o registo e a observação.	10
• Os relatórios das auditorias são enviados ao en ^o director sendo do conhecimento do en ^o responsável e en ^o chefe. São indicadores válidos de desempenho.	4
• As auditorias externas do Hospital são indicadores de maior veracidade e isenção.	2
• As auditorias têm carácter de controlo e não de inspecção.	2
SUB-TOTAL	49

Quadro nº 43 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria registos

REGISTOS	UR (n = 23)
• Sem métodos sistemáticos de registos é difícil analisar e avaliar as áreas de melhoria da Qualidade.	12
• Os registos contêm a informação relevante e essencial ao processo de garantia da Qualidade.	7
• É através da análise dos registos que se consegue negociar diariamente o nível de Qualidade em função dos recursos.	2
• Constituem meios de defesa do Hospital perante reclamações.	2
SUB-TOTAL	23

Na generalidade para todos os inquiridos, o controlo da Qualidade dos cuidados de enfermagem é uma tarefa complexa, porque trata de controlar tarefas que não são facilmente visíveis, tornando-se um “... *Desafio aos enfermeiros gestores e auditores* ...” (Agos). Foi notório verificar, que, o discurso da maioria dos inquiridos se centraram em dois aspectos essenciais. Por uma lado, a necessidade de controlar a Qualidade dos cuidados de enfermagem. Por outro, a necessidade de criação de condições práticas para esse controle. A implementação deste processo, embora uma realidade no Hospital, é uma área de preocupação e alvo de investigação actual com vista a possíveis melhorias, relativamente a atribuição de mais tempo, para investigação como nos diz Afonso “...*Ficando para segundo plano a reflexão e análise de funções [de gestão] ... terei de levar trabalho para casa ... ou ficar no serviço fora de horas ...*” (Afonso).

Uma das técnicas, segundo os inquiridos, usadas no controlo da Qualidade com êxito são as auditorias internas e externas. A auditoria interna visa a avaliação retrospectiva da prática. Trata-se de uma auto e hetero avaliação das actividades, permitindo as alterações e correcções quando consideradas necessárias. Têm, apenas por objectivo a avaliação dos aspectos concretos da Qualidade dos cuidados de enfermagem. É realizada de forma regular, numa base de amostragem entre oito a dezasseis por mês.

“... *Os enfermeiros auditores vão ao serviço ... avaliam as histórias clínicas de acordo com as necessidades que o doente tem ... se estão a ser efectuadas aquelas acções...*” (Agos). “... *Foi criado um sistema de auditoria externa ... em que uma enfermeira de*

outro hospital ... vem de fora ... é uma forma de ter alguém de fora que avalia a situação em que nos encontramos ... em relação à última auditoria externa realizada, em todas as auditorias internas, tivemos um resultado a 100% ... é sinal que as coisas estavam bem ... A tarefa do auditor é antes de mais orientar, apoiar e tornar possível a garantia da Qualidade através de orientação, acção, feed-back e abertura à mudança..." (Agos).

A utilização deste método segundo os inquiridos, permite o promover correcções imediatas de situações em que os cuidados não estão dirigidos para as metas definidas, permitindo que o cliente beneficie desde esse momento das medidas correctivas. Por isso e porque permite esclarecer dúvidas, esta metodologia contribui para uma maior sensibilização e formação dos enfermeiros envolvidos. Pelos discursos verifica-se que:

"...As auditorias internas ... são formas de nós sabermos quais são os nossos resultados ... e se estamos a avaliar bem ... as necessidades dos clientes ... dá-nos os resultados de cada serviço, poder comparar-se entre si, mas também comparar com outros hospitais ... o sistema de auditoria externa ... realizado por enfermeiros de outro hospital ... é uma forma de ter alguém de fora ... a avaliar a situação em que nos encontramos... através dos registos" (Didy).

Para os inquiridos, os registos são vistos como um instrumento básico à garantia da Qualidade, "*... Pelo que devem ser completos e suficientes para que permitam a colheita da informação; a análise dos resultados; a implementação de medidas correctivas e a reavaliação ... Os registos devem ser mantidos para demonstrar que a Qualidade prevista foi alcançada, ... são mantidos por um período mais ou menos de cinco anos"* (Agos).

É pelos registos enviados sistematicamente à direcção de enfermagem, após tratamento estatístico, que é possível avaliar a evolução de cada uma das unidades do Hospital rumo às metas definidas. Os resultados são analisados de forma sistemática em reunião mensal da comissão de enfermagem. Posteriormente, cada enfermeiro gestor na sua unidade, em reunião de serviço analisa os resultados com os reparos negativos ou positivos. Esta análise dos resultados em cada unidade e com todos os enfermeiros envolvidos no processo, permite, segundo Didy "*... uma sã competição entre as várias unidades"*. A análise dos registos pelo enfermeiro director, segundo os inquiridos, visa essencialmente assegurar dentro das variáveis condicionantes de:

"...Tempo e custos que os resultados satisfaçam os requisitos especificados, que foram cumpridas as normas e regras aplicadas... São instrumentos válidos em termos de

Qualidade dos cuidados indispensáveis aos resultados ... Este resultado não deve ser só para o enfermeiro gestor ... serve também para o enfermeiro responsável em termos do seu desempenho melhorar ... As secretárias das unidades servem para responder a todo o processo burocrático ... para que o enfermeiro fique disponível para o cuidar ... desde o elaborar a história clínica, planear cuidados ... ensino e atenção à família, preparação da alta ... os improvisos é que levam à má Qualidade dos cuidados” (Agos).

O Hospital, possui uma longa experiência na condução de projectos com vista à melhoria global dos cuidados de enfermagem. O sucesso deste tipo de projectos baseia-se em grande medida pela utilização das seguintes metodologias e ferramentas: “... *Constituição de equipas; análise detalhada das actividades; observação directa da execução das actividades; identificação das causas últimas dos problemas, ineficiências e desperdício de recursos; questionários aos clientes, bem como promoção de reuniões de grupo...*” (Agos).

Na perspectiva dos inquiridos, o trabalho de equipa e o envolvimento dos recursos humanos nos resultados finais da Qualidade, é um ponto forte do Hospital. “...*Toda a gente é encorajada a interessar-se pelos resultados e pelos planos do Hospital*” (Didy). Por outro lado, o trabalho em equipa multidisciplinar não foi considerada uma prática normal no Hospital, não havendo, portanto, um aproveitamento de sinergias que permitam a optimização do potencial humano. A análise dos dados permite afirmar que a dimensão recursos humanos no sub-sistema de enfermagem é de facto positiva, na percepção dos inquiridos. É possível inferir, que o envolvimento dos enfermeiros é suficiente. A orientação para a satisfação dos clientes internos, segundo os elementos entrevistados é uma noção largamente contemplada pelo Hospital. Assim, para os inquiridos, a maior preocupação dos gestores com os clientes internos é o desenvolvimento das suas capacidades e alargamento das suas perspectivas. Consideram que o hospital tem demonstrado ter uma política eficaz de trabalho de equipa e envolvimento dos seus recursos humanos. Esta opinião é consensual em todos os entrevistados.

Praticamente consensual foi o sentir do relacionamento inter-áreas, considerado em funcionamento por “quintas”, sem uma visão global do processo.. Surgem, mesmo a este nível, “... *conflitos de interesses, uma vez que o objectivo último não é comum, criam-se situações de defesa com consequências negativas de culpabilização e de desresponsabilização de área para área, provavelmente agudizado pelas sub-culturas existentes no Hospital*” (Agos). Foi interessante, verificar pela análise dos discursos, que a preocupação dos gestores recai no desenvolvimento das capacidades dos seus colaboradores em

termos de resultados globais de equipa e não comportamentos ou atitudes individuais. É consensual a grande disponibilidade da direcção de enfermagem.

Todos os inquiridos estão completamente de acordo que é importante auditar sistematicamente se os cuidados de enfermagem estão a ser praticados conforme as orientações prévias inerentes aos padrões e critérios de Qualidade definidos. Relativamente aos registos, verifica-se que 87,50% estão completamente de acordo que os resultados da Qualidade são avaliados regularmente pelos registos. Os restantes 12,50% estão apenas de acordo. E porquê? Será que o número de auditorias são insuficientes? Relativamente ao trabalho de equipa, verifica-se que 87,50% dos inquiridos estão totalmente de acordo que as equipas multidisciplinares devem “discutir” com frequência sobre possíveis formas de melhorar os cuidados de saúde, porque, o processo de garantia da Qualidade é um trabalho de todos os profissionais do Hospital.

Quadro nº 44 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à categoria métodos de controlo.

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo		De acordo	
		f	%	f	%
Auditorias		8	100	-	-
Registos		7	87,50	1	12,50
Trabalho de equipa		7	87,50	1	12,50

3.3.2 – Estratégias de avaliação

Para os inquiridos a estratégia é a forma ideal de cumprir a visão. Como vimos anteriormente, a avaliação da Qualidade dos resultados não possuem como características apenas medidas de "output". Neste sentido o Hospital desenvolveu processos de medição que têm por objectivo definir medidas alinhadas com a estratégia global, significativas, simples de entender e utilizar e muito ligadas às operações do cliente, controláveis pelos enfermeiros com poder de decisão a fim de promoverem a melhoria contínua da Qualidade. As estratégias utilizadas resume-se à utilização dos resultados do SCD, reorganização da prestação dos cuidados (definição de funções dos enfermeiros aos vários

níveis da carreira); reforço das equipas; aperfeiçoamento da utilização dos métodos através de formação e informação e participação nas reuniões de avaliação.

Segundo os inquiridos, a informação integrada entre todo o sector de enfermagem pelo sistema de classificação de doentes, desde o enfermeiro director aos enfermeiros operadores, é factor de sucesso. O conhecimento mensal dos resultados da Qualidade dos cuidados de cada unidade, é outro factor vital referido pela grande maioria dos inquiridos. As medidas de "performance" permitem a qualquer enfermeiro conhecer o que o Hospital, como um todo, dele espera, bem como transmitir com clareza o que significa um bom trabalho visto na perspectiva não individualizada, mas que sirva os objectivos globais de todo o Hospital. Permitem assim, garantir que cada esforço individual seja orientado para a consecução dos objectivos globais. Permitem, também medir o progresso e comparar com terceiros. Neste âmbito, o Hospital realizou dezenas de projectos nos últimos anos entre os quais se destacam: o Biomed, melhoria da eficiência e planeamento de actividades, aplicação de técnicas estatísticas, início de um projecto da aplicação de cartas de controlo e informatização do processo de garantia da Qualidade (Agos; Flor; Didy).

Todos os entrevistados se pronunciaram acerca desta categoria tendo-se verificado 53 unidades de registo, sendo dada maior ênfase às medidas correctivas, seguindo-se os sistemas de informação.

Quadro nº 45 - Distribuição da percepção dos enfermeiros gestores relativa à categoria estratégias de avaliação.

SUB-CATEGORIAS	PROTOCOLOS n = 8		UNIDADES DE REGISTO N = 53	
	F	%	f	%
• Medidas correctivas	8	100	28	52,83
• Sistemas de informação	6	75	25	47,17
TOTAIS			53	100

Quadro nº 46 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria medidas correctivas.

MEDIDAS CORRECTIVAS	UR (n = 28)
• Os erros são analisados na óptica da melhoria contínua da Qualidade e as acções correctivas introduzidas em função das anormalidades detectadas.	14
• As acções correctivas permitem que os procedimentos não se afastem dos parâmetros estabelecidos.	6
• O maior acompanhamento nos desempenhos de baixos resultados e a formação são duas acções correctivas básicas ao processo.	4
• Os reparos, sugestões e reclamações dos clientes externos são indicadores às áreas de melhoria da Qualidade.	4
SUB-TOTAL	28

Quadro nº 47 – Síntese da percepção dos enfermeiros gestores relativa à sub-categoria sistemas de informação.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	UR (n = 25)
• O sistema de informação, permite o conhecimento dos resultados da Qualidade dos cuidados de enfermagem positivos ou negativos, em tempo útil.	8
• O conhecimento dos resultados da Qualidade e a uniformidade de linguagem são elementos importantes no processo de garantia.	7
• A informação em todos os níveis hierárquicos na vertical e horizontal são indispensáveis no dia-a-dia.	5
• A auscultação dos clientes externos permite detectar as áreas de melhoria da Qualidade.	3
• Os resultados da Qualidade são obtidos por processos estatísticos.	2
SUB-TOTAL	25

Pela análise dos discursos, a avaliação da Qualidade, passa pela análise das diferenças entre os objectivos e os resultados atingidos, expressos em percentagens. Permitem também comparar com parceiros os recursos técnicos e humanos existentes. Para os entrevistados, a prática de definição de objectivos gerais e objectivos específicos para as

diversas actividades, expressos em valor percentual e prazos, constituem ferramentas poderosas na avaliação da Qualidade no Hospital.

É considerado pelos inquiridos, que o Hospital tem uma política de actuação baseada em informação e dados objectivos. Os procedimentos são claros e estão disponíveis a níveis operacionais. Agir por improviso é prática pouco comum no Hospital, o que na opinião dos gestores os "*...improvisos são perdas de energia e fraca rentabilização dos recursos humanos*" (Afonso). De uma forma geral, os inquiridos revelam a existência de informação necessária para a realização de um trabalho de Qualidade. Outro aspecto relevante é o conhecimento da evolução dos resultados dos cuidados de enfermagem. Este facto, para os inquiridos, "*...É factor motivacional, ... permite a avaliação e correcção objectiva dos desvios de actuação e de uma optimização das performances*". (Flor). Para alguns inquiridos, uma área passível de melhorias é a área da Investigação e desenvolvimento, "*...Nós queremos criar expectativas aos profissionais de desenvolverem um desempenho ... depois ... não estão a dar o que as pessoas internadas precisam ... não têm tempo ... A investigação ... seremos utópicos ... se quisermos fazer desta maneira ...*" (Afonso).

Para os sujeitos deste estudo o circuito de informação existente no Hospital é funcional e eficaz, actualizado e disponível em tempo útil. "*...A informação constitui o veículo mobilizador da criatividade e inteligência de todos os colaboradores ... de ganhar a sua adesão ... Enviamos os registos ... sabemos os resultados ...*" (Nuno).

As medidas correctivas, segundo os entrevistados, são fundamentais ao processo de controlo da Qualidade em vista aos resultados previstos. Qualquer anomalia detectada é dada origem a uma acção correctiva, para repor a Qualidade desejada ou da prestação do serviço, e uma acção preventiva para evitar nova ocorrência. Esta é uma das acções delegadas do representante da direcção, e segundo os entrevistados, é uma das atribuições do enfermeiro chefe, que analisará as causas dos problemas. "*...Uma das técnicas usadas com eficiência é a conhecida lei de Pareto*" (Agos). As acções correctivas, segundo os entrevistados, são essenciais para obter controlo no sentido de evitar que serviços processos e procedimentos se afastem dos parâmetros estabelecidos. Para todos os entrevistados, as medidas correctivas são essenciais ao controlo e avaliação, a fim de evitar desvios dos parâmetros estabelecidos. Estas acções podem dizer respeito, por exemplo, a disfunções, ao próprio processo, desde métodos, instrumentos, instruções ou ao próprio sistema, desde procedimentos, e controlo inadequado. Podem ser desencadeadas a partir dos registos, das reclamações e de investigação. É uma dimensão valoriza-

da no Hospital, "... Nós analisamos, investigamos ... uma das medidas correctivas é a formação ... dar às pessoas os instrumentos necessários para que possam agir melhor e corrigir as acções ..." (Agos). E porquê? As medidas correctivas implicam por um lado investigação e por outro maior disponibilidade dos enfermeiros gestores. Todos os inquiridos estão completamente de acordo que os enfermeiros devem conhecer periodicamente o resultado de desempenho em função dos objectivos definidos.

Quadro nº 48 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores, relativa à categoria estratégias de avaliação.

Sub-categoria	Escala	Completamente de acordo	
		F	%
. Sistemas de informação		8	100
. Medidas correctivas		8	100

Para os inquiridos, qualquer sistema da Qualidade independentemente das normas que o regulamentam, o controlo da Qualidade e a avaliação dos resultados são fundamentais à garantia da Qualidade. O controlo da Qualidade abrange desde a concepção e pode ser visto como uma série de actividades. Destas actividades, algumas têm características que as tornam de mais difícil controlo e avaliação do que outras. Contudo, cada uma das actividades pode ser controlável, tendo em conta, que podem ser definidos procedimentos, atribuídas responsabilidades e gerados registos e que podem ser auditados objectivamente. "... É um novo desafio aos enfermeiros gestores ... as técnicas e ferramentas da Qualidade" (Agos).

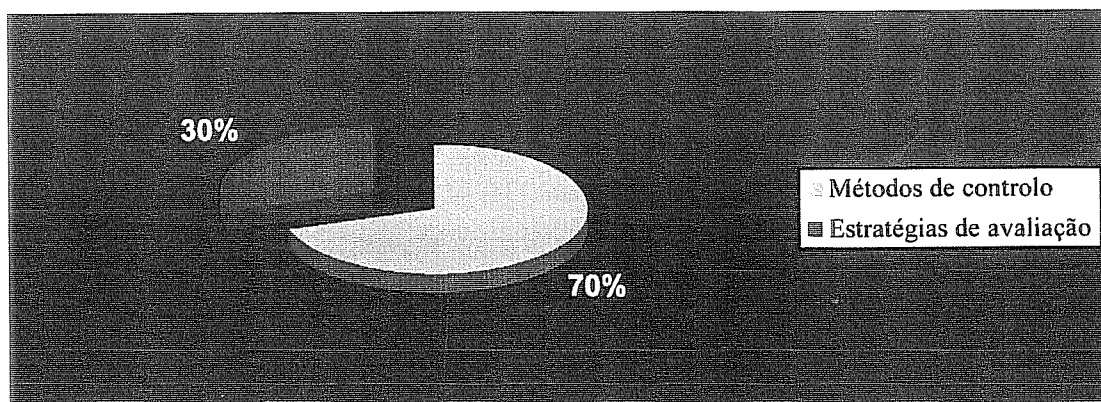
Resumo dos resultados relativos ao controlo e avaliação

Pela análise dos resultados obtidos nas duas categorias, verificamos a maior ênfase aos métodos de controlo. As actividades mais significativas no consumo de recursos, na óptica dos inquiridos, são a higiene e conforto; alimentação; mobilização; eliminação; actividades terapêuticas e actividades de apoio emocional e ensino e passíveis de controlo e avaliação.

Quadro nº 49 - Síntese da percepção dos enfermeiros gestores obtidos na área temática controlo e avaliação

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO n = 177	
	f	%
o Métodos de controlo	124	70,00
o Estratégias de avaliação	53	30,00
TOTAIS	177	100

Gráfico nº 6 - Síntese dos percentuais relativos à área temática controlo e avaliação da Qualidade



Porquê esta elevada percentagem aos métodos de controlo? Para alguns dos inquiridos:

“O controlo da Qualidade abrange desde o processo de concepção; medidas correctivas e resultados. É um processo complexo desdobrável por actividades e coordenado numa abordagem sistemática” (Didy). O controlo da Qualidade é uma tarefa difícil, porque se trata de controlar actividades que não são facilmente visíveis, desde os erros humanos aos métodos de inspecção ... nem sempre tem aplicação fácil ... É um novo desafio a ser desenvolvido nas Escolas Superiores de Enfermagem aos dois níveis de formação de bacharelato e licenciatura” (Agos).

Para medir a Qualidade dos cuidados, deve-se segundo os inquiridos, seleccionar as ferramentas correctas. As ferramentas são essencialmente sistemas de recolha de infor-

mação que se baseiam em auditorias, que nos indicam a Qualidade dos cuidados prestados aos clientes numa enfermaria ou departamento específico. A avaliação implica comparar “o que é” com o “que deveria ser”, e identificar depois o que será necessário fazer para alcançar a Qualidade pretendida. Por outro lado e segundo Sale (1998), a gestão da Qualidade desenvolvida nos EUA por W.E. Deming e J.M. Juran, como filosofia empresarial, pode ser utilizada para melhorar a Qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde. Uma fábrica tem de conseguir trabalhar bem em equipa e o mesmo acontece com o Hospital. Segundo a mesma autora, os princípios chaves e as estratégias da gestão da Qualidade incluem uma focalização no cliente, trabalho em equipa, quebrar barreiras profissionais e melhor gestão de recursos. Exige que toda a organização se mobilize para a Qualidade e isto significa toda a gente, em todos os serviços e não por “quintas”.

Quadro nº 50 – Distribuição da opinião dos enfermeiros gestores relativa à área temática de controlo e avaliação da Qualidade.

Categoria	Sub-categorias	Completamente de acordo		De acordo	
		F	%	f	%
Métodos de controlo	Trabalho de equipa	8	100	-	-
	Auditorias	7	87,50	1	12,50
	Registos	7	87,50	1	12,50
Estratégias de avaliação	Medidas correctivas	8	100	-	-
	Sistemas de informação	8	100	-	-

3.4 – CONCLUSÃO

Em síntese conclui-se que:

- Na gestão de topo ou vértice estratégico é a parte da organização, com funções de gestão global e de elevada responsabilidade. Porquê? É esta parte da estrutura em que se possui uma maior visão da organização e maior poder de decisão.
- Na gestão intermédia, em termos gerais, as atribuições da linha hierárquica são semelhantes às atribuições do vértice estratégico, mas no contexto da gestão da sua própria unidade.

- O núcleo operacional integra os elementos da organização cujo trabalho se liga directamente à produção de bens ou serviços. É a parte da organização onde é maior a formalização.
- Por sua vez, segundo Caetano et al (1996), o apoio logístico, tanto maior quanto maior for a dimensão da organização, reflecte o desejo de a organização reduzir a incerteza. Posicionados a diferentes níveis da hierarquia, os órgãos de apoio logístico – gabinete jurídico, relações públicas, investigação e desenvolvimento, etc, asseguram serviços ao funcionamento da organização, de modo a permitir a esta o controlo da sua actividade.

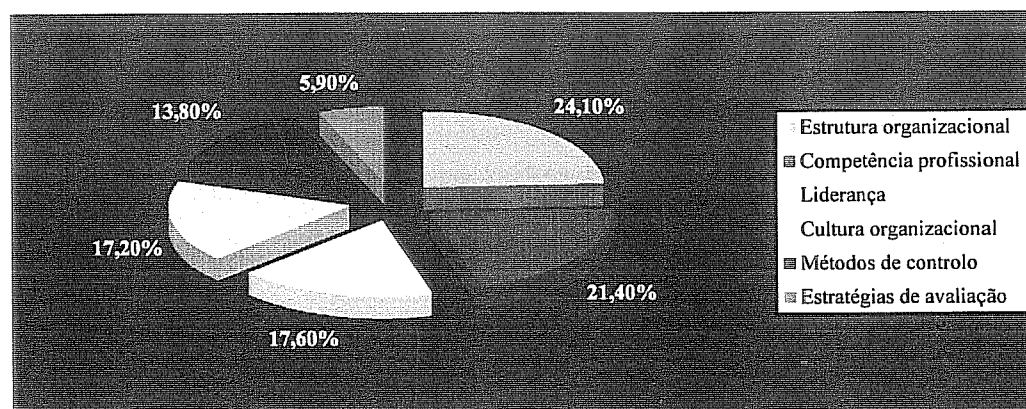
Pelos resultados obtidos nas oito entrevistas, permite-nos analisar o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital em estudo, nas seis categorias por nós inventariadas, subdivididas por três áreas temáticas e identificar pontos fortes e pontos fracos. Em cada uma das seis categorias foram avaliados aspectos que permitem uma análise detalhada da realidade da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no HDA. O objectivo desta análise, categoria a categoria, foi identificar a percepção dos inquiridos no “como” garantir a Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados no hospital e sua relação com as competências dos enfermeiros, métodos de controlo, estratégias de avaliação e concepção da Qualidade pela gestão de topo.

Verificamos pela análise do quadro resumo 51 e gráfico nº 7 que a maior ênfase é atribuída à estrutura organizacional (24,10%), seguindo-se a competência profissional (21,40%); liderança (17,60%); cultura organizacional (17,20%); métodos de controlo da Qualidade (13,80%), sendo o menor valor atribuído às estratégias de avaliação da Qualidade (5,90%).

Quadro nº 51 – Distribuição dos percentuais relativos às seis categorias em estudo por ordem decrescente da frequência das unidades de registo.

CATEGORIAS (n = 6)	Unidades de Registo	
	f	%
Estrutura organizacional	218	24,1
Competência profissional	193	21,4
Liderança	159	17,6
Cultura organizacional	156	17,2
Métodos de controlo	124	13,8
Estratégias de avaliação	53	5,9
TOTAIS	903	100

Gráfico nº 7 – Distribuição dos percentuais relativos às seis categorias em estudo



Pela análise do quadro nº 51 e gráfico nº 7, verificam-se amplitudes de 5,9% e 24,10% nos percentuais obtidos relativos às seis categorias em estudo. Porquê? No nosso entender os 5,9% relativos à categoria estratégias de avaliação poderão estar relacionadas à sua complexidade. A metodologia de avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital constitui um dos meios que visam a consecução da Meta 31 da Saúde para Todos e que permite avaliar o "Que" se faz e "Como" se faz. Segundo os inquiridos as metodologias instrumentais, enquadramento normativo e mecanismos que orientarão a tão desejada avaliação e garantia da Qualidade nos Hospitais, são objecto de selecção criteriosa, porque são em si mesmas fundamentais ao êxito da avaliação. Na experiência do HDA, a avaliação é coordenada pelo SCD que reúne características necessárias à avaliação, particularmente pela forte componente pedagógica e actualização contínua.

Quadro nº 52 - Pontos fortes e pontos fracos identificados

PONTOS FORTES	
<ul style="list-style-type: none"> • A Qualidade dos cuidados de enfermagem centrados no cliente • Grande envolvimento da gestão de topo • Definição de objectivos individuais de acordo com os objectivos institucionais • Gestão flexível e participada por objectivos • A garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem obtida pelo empenhamento e envolvimento dos enfermeiros de todos os níveis hierárquicos • A Qualidade é vista como um processo inacabado • Sistemas de comunicação definidos na horizontal e na vertical • A opinião dos clientes externos considerada como indicador da Qualidade dos cuidados • Manual de procedimentos básicos semelhante ao manual da Qualidade • Modelos teóricos profissionais como orientadores da metodologia científica e da garantia da Qualidade • Existência de um sistema (SCD) com metodologias compatíveis ao processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem desde a concepção à avaliação dos resultados • Método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável inerente à filosofia de um processo de garantia da Qualidade • Processo de enfermagem visto como um instrumento útil na prática do dia-a-dia dos cuidados de enfermagem • Departamento de formação permanente • Manual de procedimentos básicos (semelhante ao manual da Qualidade) • Padrões e critérios da Qualidade definidos no manual do sistema de classificação de doentes • Conhecimento das ferramentas da Qualidade • Planeamento operacional dos cuidados de enfermagem visto como actividade necessária no dia-a-dia • Análise em reunião de comissão de enfermagem e de comissão da Qualidade das situações que saem da normalidade (positivas ou negativas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxas de utilização elevadas em função dos recursos humanos existentes • Inexistência de comissão multidisciplinar de garantia da Qualidade no Hospital • Sobrecarga de trabalho de alguns enfermeiros gestores • Inexistência de um departamento de investigação e desenvolvimento • Fraca investigação publicada • Formação insuficiente nas ESE na área da garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

PONTOS FORTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sistemático do resultado da Qualidade dos cuidados de enfermagem por todos os enfermeiros. • Formação contínua pelos enfermeiros dos próprios serviços • Existência de uma comissão de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem • Controlo da Qualidade pelas auditorias internas • Medidas correctivas no processo de cuidar • Processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem coordenado através do sistema de classificação de doentes • Sistemas de informação instituídos e funcionais • Auscultação sistemática de opinião dos clientes externos (por questionário após alta do Hospital, livro de reclamações, gabinete do utente e meios informais). • Cultura de melhoria contínua • Projectos de investigação no dia-a-dia em vista a melhorias da Qualidade dos cuidados de enfermagem • Uso de ferramentas da Qualidade industrial • Tratamento estatístico dos resultados da Qualidade dos cuidados de enfermagem • Projecto de informatização do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem. • Filosofia da GQT no sub-sistema de enfermagem no Hospital. 	

Segundo os inquiridos, o enfermeiro gestor no Hospital encontra-se, estrategicamente implicado no desenvolvimento global da empresa que é líder. Enquanto gestor tem como meta a sua eficiência, coordenando o que no seu desempenho é normal e o que é excepcional para que as medidas correctivas se concentrem nas excepções positivas ou negativas. A excelência no cuidar, segundo Agos, resume-se a quatro valores - pessoa; vida; amor e solidariedade. O cliente é um ser único, global, complexo, livre na sua forma de estar na vida. Como tal, há que respeitar, promover e manter a Qualidade de vida e todo homem, necessita de dar e receber amor. A solidariedade é fundamental, porque a partilha assegura a acessibilidade e a equidade.

4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

“Os problemas significativos que temos de enfrentar não podem ser resolvidos com o mesmo nível de pensamento que possuíamos quando os criamos”.

Albert Einstein

Como garantir a Qualidade no Hospital?

A Qualidade à luz das Normas ISO 9000 é vista como um conjunto de propriedades ou características de um produto ou serviço que lhes conferem aptidão para satisfazer as necessidades implícitas ou explícitas do cliente. Ramos Pires (1993), salienta a importância de objectivar e quantificar a Qualidade, para que, se dilua a sua componente subjectiva, de forma a ser mensurável, através de técnicas e metodologias sobejamente testadas, que reúnem características que as recomendam, também entre nós, como instrumentos privilegiados de qualificação e actualização da prática na garantia da Qualidade.

A garantia da Qualidade, resume-se a um conjunto de acções normalizadas, planeadas e avaliadas. Para a grande maioria dos autores consultados, a existência de uma prática institucional normalizada é reconhecidamente um meio de garantir a Qualidade na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adequação de procedimentos ao ritmo da evolução do conhecimento científico e da inovação tecnológica, coordenado por sistemas de Qualidade. Formalizar sistemas de Qualidade compreende: políticas; objectivos; responsabilidades; canais de comunicação; acções a desenvolver. Envolve trabalho pluridisciplinar de grupo; empenhamento da gestão de topo; técnicas específicas de controlo da Qualidade e formação no processo de mudança. É uma procura constante de melhores soluções em resposta às necessidades e expectativas dos clientes numa filosofia global, assente em estruturas organizacionais capazes de garantir que as actividades decorram de forma controlada. É a base da Gestão da Qualidade Total (GQT), porque estabelece a disciplina necessária ao seu sistema de valores.

Também Sale (1998), refere que a GQT, resume-se a um conceito sistémico, que, envolve todos os recursos humanos em todos os níveis; durante todo o tempo e em todo o lugar da organização. É um incentivo de novas relações de trabalho pluridisciplinares e de grupo. É a possibilidade de um Hospital, e cada um dos seus elementos, se rever num conjunto de práticas e procedimentos comuns e poderoso elo de identificação cultural e potencializador da garantia da Qualidade dos serviços que presta à comunidade onde se insere. Em que pode ser útil a garantia da Qualidade ao Hospital em geral e à enfermagem em particular?

A enfermagem no Hospital, representa o maior contingente populacional e é a classe profissional que lá permanece efectivamente vinte e quatro horas no dia. Por outro lado, o trabalho nos hospitais possui especificidades: tecnologias; sub-especializações; heterogeneidade na produção, o que tornam as condutas menos susceptíveis à padronização, dificultando por sua vez o controlo e avaliação. Contudo, as metodologias instrumentais, para definir o enquadramento normativo e os mecanismos que orientarão a desejada uniformização de métodos e procedimentos poderão na óptica dos inquiridos ser úteis pelo objecto de actualização e forte componente pedagógica, inter-organizacional – Hospital e Escola. Para a grande maioria dos inquiridos a formação dos enfermeiros é determinante para a Qualidade dos cuidados de enfermagem no Hospital e a saúde é uma área de serviços, onde, por vários factores, a segurança das pessoas é crítica. E porquê? São caros os custos da não conformidade, do desperdício e do retrabalho. A prevenção tem um valor incalculável. A improvisação e erros causam não apenas insatisfação e abandono dos clientes, mas com frequência sofrimento desnecessário. O cliente em saúde tem uma menor possibilidade de escolha e tem no entanto, direito a uma elevada Qualidade de serviço bem como, a mais rigorosa Qualidade técnica e científica. A área de imprevisibilidade é grande e a necessidade de normalizar tudo o que for frequente, rotineiro e comum é a melhor forma de garantir que as pessoas estão preparadas para responder com segurança, flexibilidade e igual Qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis de cliente para cliente. Foram estas as razões mais pertinentes ao estudo do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados no Hospital.

A função da Qualidade não é nova, contudo na saúde, só ficou definida explicitamente, a partir de finais da década de 80 nos EUA, ou mais concretamente, quando em 1987, dois jovens médicos, Berwick e Godfey, presentes numa conferência, perguntaram a Juran se os princípios de “Melhoria da Qualidade” utilizados com êxito na indústria

pelos japoneses nos anos 50 e pelos americanos nos anos 80, teriam aplicação nos serviços de saúde (Qualidade na Saúde, nº 2, 1995).

Em torno dos referenciais teóricos básicos da garantia da Qualidade surge a ideia de obter a melhoria contínua da Qualidade. Para o efeito, é fundamental implementar sistemas de gestão eficazes, que cumpram os objectivos definidos pela organização. É neste sentido, segundo Homem Cristo (1995), que, se evidencia a importância das Normas ISO 9000, as quais, enquanto guias orientadores na implementação de sistemas de gestão da Qualidade, ajudarão as organizações, a orientarem os seus esforços e a caminhar na perspectiva, da tão desejada melhoria contínua na saúde.

Segundo Perez (1992), no seu estudo em “Política y garantia de calidad hospitalaria”, o planeamento conceptual e a famosa trilogia de Juran são idênticos aos utilizados na saúde. O mesmo estudo revela, que, a gestão da Qualidade na saúde, praticamente se tem desenvolvido na fase de avaliação e controlo da Qualidade dos resultados, com todos os problemas que daí podem advir, porque, os resultados estão dependentes da concepção e planeamento. E porquê? Segundo Ramos Pires (1993), qualquer produto ou serviço para terminar perfeito terá que ser pensado perfeito.

Analisando a carreira de enfermagem, verificamos que são atribuídos aos enfermeiros competências concernentes à Qualidade aos níveis de concepção e planeamento; coordenação e execução, controlo e avaliação. Os enfermeiros gestores são pessoas chaves a nível do Hospital. São eles os primeiros responsáveis pela garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem e como parte dessa responsabilidade, são eles que coordenam as actividades dos enfermeiros. Por outro lado, segundo alguns inquiridos, deverão estar à altura de reagir positivamente ao desafio da descentralização da tomada de decisões e aceitar delegar aos níveis operacionais a autoridade necessária e suficiente para assumirem plenamente as tarefas profissionais. Em síntese salientam-se resultados mais pertinentes ao objecto, objectivos, questões de partida e de investigação em estudo.

Na análise de conteúdo das entrevistas registaram-se novecentos e três (903) unidades de registo relativas às seis categorias em estudo, conforme quadro seguinte (nº 53) referenciadas por ordem decrescente dos percentuais obtidos.

Quadro nº 53 – Síntese dos percentuais obtidos por ordem decrescente das unidades de registo.

Categoria (n = 6)	Unidades Registo (n = 903)		Sub-categorias (n = 22)	Unidades registo (n = 903)	
	f	%		f	%
Estrutura organizacional	218	24,1	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de trabalho • Sistema de classificação de doentes • Padrões e critérios da Qualidade • Modelos teóricos profissionais • Processo de enfermagem 	96	10,7
Competência profissional	193	21,4	<ul style="list-style-type: none"> • Formação para a Qualidade • Estratégias de análise e resolução de problemas • Motivação • Planeamento operacional 	80	8,9
Liderança	159	17,6	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos enfermeiros • Estilo de gestão • Missão do Hospital • Objectivos 	48	5,3
Cultura organizacional	156	17,2	<ul style="list-style-type: none"> • Espírito de melhoria contínua • Procedimentos escritos • Feed-back dos clientes externos • Comunicação 	44	4,9
Métodos de controlo	124	13,8	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de equipa • Auditorias • Registos 	42	4,6
Estratégias de avaliação	53	5,9	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos enfermeiros • Estilo de gestão • Missão do Hospital • Objectivos 	27	3,1
TOTAIS	903	100	TOTAIS	903	100

Relativamente à estrutura organizacional, verifica-se existir uma percepção positiva por parte dos enfermeiros gestores. Concretamente a análise a todos os itens desta categoria demonstram no sub-sistema de enfermagem proximidade do que se pretende em termos de Gestão da Qualidade Total empresarial. Todos os inquiridos estão completamente de acordo com os modelos teóricos profissionais e metodologias de trabalho adoptadas pelo Hospital. Globalmente é entendido que a metodologia de trabalho, permite diagnosticar, prescrever, planejar, executar, controlar e avaliar a Qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, sustentam que o organigrama deverá existir mas ser entendido em termos dinâmicos. Estruturar uma organização segundo Agos "... *Consiste em definir que funções competem a cada colaborador, com quem e como se deve relacionar em termos horizontais e verticais. Por sua vez, a descrição de funções deverá deixar de caracterizar o "como", mas sim os objectivos, porque hoje, as funções não são estáticas ...*" (Agos). Esta situação evidencia a necessidade de procurar colaboradores com preparação de base cada vez mais elevada, bem como a de se proceder à sua formação contínua. E porquê?

No nosso entender, a finalidade é preparar profissionais para a liderança de papéis na área da garantia da Qualidade e de gestão de enfermagem, no sistema de cuidados de saúde, onde o foco está na descentralização e na gestão dos cuidados. A finalidade é também preparar profissionais para a investigação baseada na prática num sistema de cuidados de saúde onde o foco está na Qualidade, isto é, na eficácia e na eficiência. Os profissionais devem ser formados no conhecimento próprio da enfermagem científica que lhes permitam diagnosticar necessidades e expectativas específicas dos clientes, que exigem cuidados de enfermagem designados de Qualidade. Tanto Nightingale (1859), Watson (1985) e Leininger (1978), especificaram claramente a função singular da enfermagem na área da Qualidade na saúde.

A garantia e a gestão da Qualidade numa Instituição requer o contributo de todos os intervenientes. A garantia da Qualidade implica pois, uma participação concertada e contínua, devidamente coordenada, orientada e avaliada. A gestão da Qualidade implica em particular, a existência de uma visão da Instituição, enquanto organização com determinados objectivos; circulação permanente da informação; responsabilização de todos; atendimento personalizado e formação contínua dos intervenientes.

Na categoria competência profissional, a classificação aos itens, formação para a Qualidade, estratégias de análise e resolução de problemas, motivação e planeamento, é positiva (em escala de 1 a 5), bem como a percepção dos inquiridos relativamente à capacidade das chefias envolverem os seus colaboradores nas tomadas de decisão. Mais concretamente, 75,0% dos inquiridos estão completamente de acordo em que a garantia da Qualidade no Hospital exige que os enfermeiros sejam competentes na área da Qualidade. Segundo os inquiridos para que o processo de garantia da Qualidade seja bem sucedido, é indispensável motivar e formar responsáveis para a sua pertinência e necessidade São da opinião que:

“... Ao nível da formação dos enfermeiros tem-se dado pouca ênfase à garantia da Qualidade, principalmente ao nível do curso de estudos superiores especializados em enfermagem ... seja introduzido formação na área da Qualidade ... uma disciplina sobre garantia da Qualidade e dada por pessoas competentes ... engenheiros da Qualidade ... de modo que os enfermeiros saiam com formação que permita utilizar as ferramentas da Qualidade ... são áreas que precisam de ser exploradas na formação ...” (Agos). “... Não saímos da escola ... despertos para reflectir no dia-a-dia nas situações ...” (Cuca). ... As maiores dificuldades nos enfermeiros recém-formados é na área da programação ... (Afonso). ... A formação ... visa a aplicação no serviço em função da Qualidade, mas os chavões não é tudo ... é fundamental saber o que e o como garantir a Qualidade no nosso dia-a-dia ... as pessoas, enquanto alunos, são muito acompanhados ... quando chegam cá, nada tem a ver ... é outra realidade ...” (Didy).

Relativamente à categoria liderança, o envolvimento dos enfermeiros em todo o processo de garantia da Qualidade, desde a concepção aos resultados finais, permite, segundo alguns inquiridos, uma auto-imagem positiva e não como tradicionalmente de meros prestadores ou executores. Para os inquiridos a competência é decisiva e deve ser assumida pela liderança de topo.

A análise dos dados relativos à liderança permite concluir que esta é uma área valorizada pelos enfermeiros no Hospital. A identificação e participação por parte dos enfermeiros com os objectivos do Hospital, conduz ao sucesso da missão do Hospital. A missão definida pelo Hospital é reconhecida por todos os inquiridos, como operacional e motivadora de uma actuação dos vários níveis hierárquicos para o fim comum de prestarem os melhores cuidados, liderada por uma gestão participada por objectivos. De uma forma geral, os inquiridos classificaram positivamente esta categoria, nas suas várias vertentes, e teceram elogios relativamente à grande disponibilidade e envolvimento da gestão de topo. Quer o papel de orientação estratégica quer o papel de suporte na prossecução de políticas e objectivos, foram considerados positivos. Exemplo: “...Tudo isto ... se deve à grande disponibilidade ... da direcção de enfermagem ... de uma grande atenção, de um acompanhamento, uma componente formativa ... envolver todos ... contribui para o sucesso e ir até mais além ...” (Nuno).

Basicamente, a liderança no Hospital é vista pelos inquiridos como situacional, definidora de objectivos visíveis e claros, que permitem uma actuação integrada e coordenada pelo sistema de classificação de doentes. Existe, globalmente, a percepção de que o Hospital actua por planos estabelecidos com metas definidas, com estruturação de ob-

jectivos e sua respectiva comunicação em cascata, de forma a envolver todos os enfermeiros numa mesma política, de actuação e uniformidade de linguagem. Contudo, existe a noção explícita, que esta realidade é apenas no sector de enfermagem. Exemplo: “... *Penso que é absolutamente necessária ... dizer que ela existe perfeitamente instituída, neste momento, nesta casa, com esta abrangência da gestão da Qualidade total é mentira ...*” (Afonso). Daqui poder-se-á inferir que não existe uma cultura global de Qualidade entre todos os sectores. Exemplo “... *Algumas dificuldades acrescidas em termos de levar por diante a garantia da Qualidade ... o nosso Hospital ... só temos uma comissão ... de enfermagem ... esse é o grande problema ... depois criam-se conflitos e problemas ...que o sistema de classificação de doentes não consegue resolver ...*” (Agos).

Pela análise dos resultados relativos à categoria cultura organizacional verifica-se que na sua globalidade os inquiridos consideram o cliente como um dos seus valores fundamentais com auscultação de opinião sistemática implementada após a sua alta, permitindo o conhecimento de suas necessidades e expectativas e do nível de desempenho dos cuidados prestados. Assim, verifica-se que a cadeia de clientes e prestadores de cuidados é eficiente.

Relativamente aos métodos de controlo e estratégias de avaliação, os inquiridos estão completamente de acordo que a Qualidade dos cuidados de enfermagem deve ser avaliada desde a concepção aos resultados finais com a colaboração dos clientes externos e que as instruções escritas ajudam a diminuir a possibilidade de erro no trabalho. Contudo, consideram que a garantia da Qualidade implica cultura e liderança empenhada em todos os níveis, desde a concepção aos resultados finais. Empenhada, porque há resistências e barreiras significativas às mudanças entre os vários sub-sistemas do Hospital. Empenhada, porque é mais fácil implementar a gestão da Qualidade do que manter esse esforço. E sobretudo, segundo Afonso, a transição para uma cultura de Qualidade não acontece por acaso e tem de ser gerida de forma estruturada que só profissionais empenhados são capazes. O tempo e o apoio parecem ser factores determinantes a essa cultura. Os métodos de controlo da Qualidade, implica auditorias, investigação, registos e trabalho de equipa.

O controlo, por sua vez, implica seguir metodologias. Inclui definir o que se pretende medir; estabelecer metas, padrões e limites de tolerância para os eventuais desvios; medir a realidade face a metas e tomar as medidas possíveis e necessárias em cada situação concreta. Todos os inquiridos estão totalmente de acordo que é importante auditar sis-

tematicamente se os cuidados de enfermagem estão a ser praticados conforme critérios da Qualidade definidos. A recolha de informação e as medidas correctivas são um dos pontos fortes do sub-sistema de enfermagem no Hospital, que circula de forma adequada e tratada em tempo útil. Os inquiridos revelam ter a informação necessária para a realização de um trabalho de Qualidade, bem como o conhecimento da evolução dos resultados dessa Qualidade, permitindo a avaliação e correcção objectiva dos desvios de actuação em tempo oportuno.

A avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem prende-se essencialmente com problemas de recolha e quantificação da informação. Porém sem sistemas fiáveis de recolha de informação e sem uma quantificação de indicadores, segundo os inquiridos, a melhoria dificilmente acontece, porque eles constituem condição necessária para a mudança e o progresso. Por outro lado, implica trabalho prévio na definição de estratégias adequadas assentes numa visão, missão e valores da Instituição, articuladas com o planeamento estratégico, acompanhamento e auditorias, coordenado pelo sistema de Qualidade. Um sistema de Qualidade na Instituição para a grande maioria dos inquiridos, permite mais facilmente definir objectivos, responsabilidades e funções. Permite ainda melhorar a organização e a sua imagem; a motivação e a comunicação; a gestão e utilização de recursos; o planeamento; a recolha; tratamento e sistematização da informação e sobretudo a confiança dos clientes.

As estratégias de avaliação no HDA, e como já referido anteriormente, é um ponto forte no Hospital. Os resultados circulam de forma adequada com tratamento informático facilitando o acesso a todos os enfermeiros em tempo útil. Os inquiridos revelam ter a informação necessária por unidade, possibilitando a introdução de medidas correctivas aos desvios verificados de actuação, permitindo a optimização das “performances”. A avaliação da Qualidade, não se inicia do zero, mas a partir da missão e dos objectivos, avaliando e introduzindo as alterações que se justificam face às evoluções ocorridas. Na generalidade dos entrevistados, os objectivos permitem avaliar o desempenho do Hospital. E porquê? “São vectores de orientação à tomada de decisão ...” (Agos).

Globalmente, a classificação dos itens, sistemas de informação e medidas correctivas é positiva (numa escala de 1 a 5) bem como estão completamente de acordo que os enfermeiros devem conhecer periodicamente os resultados do seu desempenho. A introdução de medidas correctivas ao longo do processo, segundo os inquiridos, beneficia os enfermeiros na tomada de decisão de bem servir. Porque, segundo os inquiridos, serviços excelentes resultam de: visão, missão, políticas e objectivos claramente comunica-

dos e flexíveis à criatividade de todos os envolventes integrados nas estruturas organizacionais.

Sendo o nosso objectivo relacionar o processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem com competência profissional; métodos de controlo; estratégias de avaliação e concepção da Qualidade, constatamos no HDA novas formas de organização dos cuidados de enfermagem, dinâmicas, criativas e inovadoras. E porquê? A uniformização dos métodos e procedimentos numa organização com a complexidade e exigência de um Hospital com responsabilidades inalienáveis na formação e gestão, constituem o reflexo do exemplo, e do empenhamento dos gestores do HDA. Estarão os métodos de controlo e estratégias de avaliação da Qualidade relacionados à concepção de Qualidade pela gestão de topo? E as competências profissionais? Segundo Agos, os enfermeiros em Portugal dispõem actualmente de um conteúdo funcional legal onde lhes são atribuídas competências de garantia da Qualidade, em todas as áreas de actuação. A forma como exercem essas competências exige vontade, dinamismo, criatividade e meios necessários na prestação de cuidados de enfermagem, e empenhamento da gestão. Assim, se verifica que a competência profissional, bem como, métodos de controlo e estratégias de avaliação, poderão estar relacionadas à concepção da Qualidade pela gestão de topo. Do mesmo modo, os métodos de controlo e estratégias de avaliação poderão estar relacionadas com a competência profissional.

Em síntese conclui-se que:

- Para os inquiridos, o processo de garantia da Qualidade, inclui a concepção, o controlo, medidas correctivas e avaliação dos resultados. Caracteriza-se em especial por estruturas organizacionais flexíveis, liderança empenhada, cultura de melhoria contínua, envolvimento de todos os enfermeiros e clara orientação para a envolvente externa, por metodologias, técnicas e ferramentas da Qualidade, coordenado pelo sistema que permita garantir a Qualidade.
- Por outro lado a garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no HDA é obtida pelo SCD. O referido sistema, segundo Agos, é o mecanismo pelo qual o Hospital consegue maximizar a utilização dos recursos garantindo as três dimensões da Qualidade: serviço, tempo e custo em função das necessidades dos clientes. Serviço é o nível de percepção de satisfação do cliente, relativamente ao contacto total com a unidade de saúde. Tempo, é a duração da prestação, rapidez e capacidade de res-

posta. Custo é o resultado da totalidade dos recursos financeiros, materiais e humanos utilizados na prestação dos cuidados.

- Segundo Didy, a competência profissional é decisiva e como tal deve ser assumida pela gestão. Os gestores são os primeiros responsáveis desde a concepção aos resultados finais”.
- Para todos os inquiridos, todo o processo de controlo e avaliação é coordenado pelo sistema de classificação de doentes. O controlo é realizado por investigação e auditorias internas e externas e envolvimento integrado entre todo o sector de enfermagem, desde o enfermeiro director, chefias intermédias e operadores.
- A formação dos enfermeiros concernentes à Qualidade, segundo Agos, deve basear-se no modelo estratégico – Investigação – Formação – Acção. É da opinião que a nível da formação inicial dos enfermeiros tem sido dada pouca ênfase à Qualidade, pelo que precisa ser mais explorada e ministrada por profissionais competentes.

E porquê? Para alguns dos inquiridos a Qualidade equivale à capacidade de satisfação das expectativas do cliente de um produto ou serviço. Por outro lado a formação para a Qualidade dependerá de um conjunto de factores estreitamente relacionados entre si e que incluem, sobretudo: preparação dos formandos e dos professores; relação existente entre investigação e formação; clima institucional global das relações humanas, atitudes e motivações entre Escola e Hospital. Segundo os inquiridos a avaliação, passa pela análise das diferenças entre objectivos e resultados expressos. A ênfase das medidas correctivas recai sobre formação no **que** e no **como** garantir a Qualidade.

Pelos resultados obtidos, acreditamos ter obtido contributos válidos às questões iniciais, e em particular à formação dos enfermeiros na área da garantia da Qualidade. Perante os resultados obtidos, pensamos que poderão ser úteis aos enfermeiros em geral:

1. Apoios em programas da Qualidade empresarial com a especificidade na saúde.
2. Implementação de sistemas de Gestão da Qualidade Total compatíveis a uma cultura comum aos vários sub-sistemas do grande sistema Hospital.
3. Desenvolver formação e investigação em serviço. Pensamos ser urgente nos Hospitais a criação de um departamento de investigação e desenvolvimento, tendo por alvo a implementação de sistemas de Qualidade.
4. Formação para avaliação da Qualidade dos cuidados de enfermagem desde a concepção aos resultados finais.

5. Implementar programas de garantia da Qualidade dos cuidados de saúde na formação de base e pós-graduação dos enfermeiros nas Escolas Superiores de Enfermagem.

A maior dificuldade sentida durante a realização deste estudo, resume-se ao grande afastamento existente entre os conceitos e teorias de garantia da Qualidade em saúde e os praticados na indústria ou mesmo em organizações de prestação de outros tipos de serviços onde o cliente tem maior poder de escolha.

Finalmente, terminámos o nosso estudo com a preocupação relacionada à formação dos enfermeiros na área da Qualidade. E porquê? Por um lado, observam-se deficiências na formação dos enfermeiros relativa à Qualidade. Por outro lado, perante o reconhecimento legal que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro) e do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à Qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, questiona-se: Que modelos de formação responderão a uma prática profissional responsável numa procura permanente da excelência no cuidar nos domínios científico, técnico e humano, sem perder de vista a complementaridade funcional relativa aos demais profissionais de saúde? Para tal, e porque, a formação da enfermagem em Portugal está directamente ligada à estrutura educativa e formativa, concordamos com Diniz de Sousa (1998), que tudo dependerá da formação.

5 - REFERÊNCIAS

5.1 - BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, João Ferreira de (1976). A investigação nas ciências sociais. Lisboa, Presença.
- ALMEIDA, M.C.P. de (1986). O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez.
- ANDERSEN, Arthur (1995). A qualidade na saúde, "Revista da Qualidade", Lisboa, 2 de Junho, 1995, p. 41-44.
- ANTÓNIO, Nelson S. (1991). Qualidade: Teoria e Prática, Edições Sílabo, Lisboa.
- AUGUSTO, José Cândido. (1996). Metodologias e Ferramentas da Qualidade, um processo de melhoria contínua. "Revista da Qualidade", Lisboa, 1; Janeiro, p.30-33.
- BARDIN, L. (1990). Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70.
- BASTO, Marta Lima (1985). Saúde para todos no ano 2000 – Contributo do enfermeiro. Revista Portuguesa de Saúde Pública (1), pp. 59-60.
- BASTO, Marta Lima (1991). Consequências para a enfermagem nas mudanças na sociedade in: Revista Portuguesa de Saúde Pública (1), pp. 23-26.
- BENTO, Maria da Conceição (1997). Cuidados e formação em enfermagem, que identidade. Lisboa, Fim de Século Edições Lda.
- BENTO, Maria Isabel Rodrigues (1989). Implementação de um programa de garantia da Qualidade. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Curso de Administração Hospitalar, 1987/89).

- BEVIS, Olívia; WATSON, Jean (1989). Toward a Caring Curriculum: a new pedagogy for nursing. New York, National League for Nursing, 396p.
- BESTERFIELD, Dale H. (1990). Quality Control, 3ª Edição, Prentice-Hill International, Englewood Cliffs, New Jersey.
- CAETANO, António et al. Psicossociologia das organizações. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION (1980). A Definition of Nursing Practice. Standards for Nursing Practice. Ottawa, 1980.
- CANAVILHAS, Conceição (1994). Fontes de Inovação nas Práticas dos Professores. Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, (Dissertação de Mestrado).
- CANAVILHAS, Conceição (1995). Relatório Final do projecto de investigação/ formação - Implementação de Sistemas de Informação de Suporte à Gestão. Lisboa, Universidade Aberta e ICL Computadores (documento policopiado).
- CARAPINHEIRO, G. (1993). Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, Afrontamento.
- CARDOSO, Luis (1995). Gestão estratégica das organizações ao encontro do 3º Milénio. Lisboa, Editorial Verbo.
- CARDIM, Luis. "O que é isso de Padrões". "Dirigir", Lisboa (7) Mar-Abr. 1984, p.25.
- CARVALHO, A.C.; SOARES, J.C.; PEREIRA, M: (1993). Normalização na Empresa, Associação Portuguesa para a Qualidade, Lisboa.
- CHAVES, Carlos Alberto Figueira (1995). Representações do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas (Dissertação de Mestrado).

- CHAVES et al (1994). O papel do enfermeiro director para o cuidativo do serviço de enfermagem; "Revista Servir", Lisboa, Set-Out., p.249-257.
- CHIAVENATO, Idalberto (1992). Recursos Humanos. São Paulo, Atlas.
- COHEN, Judith (1991). Two portraits of caring a comparison of the artists, Leininger and Watson. "Journal of Advanced Nursing".
- COLLARD, Ron (1993). Total Quality Success. Through People, second ed., Devon.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (1989). Promover a vida. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COOPER, R.G. (1994). The strategy performance link un product innovation. R&D Management, vol.14, nº 4, pp.247-259.
- CROSBY, Philip, B. (1966). Qualidade de recursos humanos. Lisboa.
- CRUZ, Carlos V.; CARVALHO, Óscar (1992). Qualidade - Uma Filosofia de Gestão, Texto Editora, Lisboa.
- CRISTO, Filipa Homem. Aplicar as ISO 9000 aos Serviços de Saúde. "Revista Qualidade na Saúde". Lisboa, 2 Junho 1995, p.27-33.
- DALE, Barrie; COOPER, Gary (1992). Qualidade Total e Recursos Humanos, Editorial Presença, Lisboa.
- DEMING, W. Edwards (1980). Qualidade – A revolução da administração. Lisboa, Marques Saraiva Editora.
- DEMING (1982). Quality, productivity and competitive positions. Cambridg, Mars Mit.
- DONABEDIAN, Avedis (1966). Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund Quarterey, v.44, part 2, p. 166-203 – July.

- DUMOULIN, Christiane "et al" (1991). Entreprises de Services: 7 Facteurs Clés de Réussite. Les Éditions d'Organisation, Paris.
- DRUCKER, Peter (1995). A gestão numa época de mudança. Lisboa, Difusão Cultural.
- DRUCKER, Peter (1995). A gestão numa época de grande mudança. Lisboa, Difusão Cultural, Sociedade Editorial e Livreira Lda.
- DURVAL, Maria (1988). A Gestão da Qualidade num Centro de Saúde de Aljustrel. Lisboa (Comunicação apresentada no 1º Encontro de Qualidade).
- ESTRELA, Albano (1992). Pedagogia, ciência da educação? Porto, Porto Editora.
- EVANS, James R.; LINOSAY, Willian M. (1990). The manegement and control of Quality, West Publishing Company, St. Paul, Minnesota.
- FEIGENBAUM, Armand (1988). Liderança do Mercado Internacional através da Qualidade. Qualidade, nº 4, Dezembro, Lisboa.
- FERREIRA, J. Vicente. As pessoas e a aldeia global, Revista Dirigir, Lisboa, 30, Março/Abril, 1994, p. 7 a 10.
- FERRIS, G.R.; BUCKLEY, M.R. (1996). Human resource management. Prentice Hall, 3ª ed.
- FONSECA, Luis - Filosofias da Qualidade - Desenvolvimento de uma Cultura da Qualidade na Empresa, "Qualidade", nº 3, Setembro 1988.
- GANHÃO, Fernando N. (1991). A Qualidade Total, Centro para o Desenvolvimento e Inovação Tecnológica, Lisboa.
- GANHÃO, Fernando N.; PEREIRA, Artur (1992). A Gestão da Qualidade, Editorial Presença, Lisboa.

- GARVIN, David A. "What does Product Quality Really Mean?" - Sloan Management Review, Vol. 26, nº 1, Fall 1984.
- GEORGE, Julia B. (1993). Teorias de Enfermagem - os fundamentos para a prática profissional. Brasil: Artes Médicas.
- GIL, António Carlos (1987). Métodos e técnicas da pesquisa social. São Paulo: Atlas, 206p.
- GOETZ, J.P. e LECOMPTE, M.D. (1988). Etnografía y diseño cualitativo em investigación educativa. Madrid: Morata.
- GODFREY, A. Blanton - "Dez Tendências na Gestão da Qualidade" - Expresso - Caderno de Economia, nº 1131, 02/Julho/1994.
- GOETZ, J.P. e LECOMPTE, M.D. (1988). Etnografía y diseño cualitativo em investigación educativa. Madrid: Morata.
- GORDON, J.R. (1996). Organizational behavior, a diagnostic approach. Prentice Hall, 5ª ed.
- GREER, C. R: (1995). Strategy and Human Resources. Prentice Hall.
- IMPERATORI, Emílio - Qualidade em Medicina. Acreditação, Lisboa, Acta Médica Portuguesa, 1996; 9; 59-66.
- JORGE, Isabel Coelho; SIMÕES, Maria da Conceição - A qualidade de cuidados na perspectiva do utente, Revista Servir, Lisboa, 43 (6), Novembro/Dezembro 1995.
- JURAN, J.M. (1979). Quality control handbook, 3ª ed. Nova Iorque, McGraw-Hill.
- JURAN, Joseph; GRAYNA, Frank (1988). Juran's Quality Control Handbook, 4ª Edição, McGraw-Hill Co., Singapore.

- JURAN J.M. (1990). Juran na Liderança pela Qualidade - Um guia para executivos. Livraria Pioneira Editora, São Paulo. Tradução de Juran - on Leaders ship for Quality: and executive Handbok (1989), Free Press, New York.
- JURAN J.M. (1995). Managerial breakt hrough: the classic book on improvind mana- gement perfomance, J.M. 2nd ed. New York.
- JURAN, J.M. (1996). Total Quality Management. A cross functional perspective. Uni- ted States of America.
- KERLINGER, Fred N. Metodologia de pesquisa em ciências sociais: e um tratamento conceitual. S. Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1980, XV + 378p.
- KEMP, Nan (1995). A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem, ACEPS, Lisboa.
- KING, I.M. (1981). A theory of nursing: systemes, concepts, process. New York, John Wiley & Sons.
- LEININGER, M.M. (1978). Transcultural nursing: concepts theories and practices. New York, John Wiley & Sons.
- LEININGER, M.M. (1985). Ethnography and ethonursing: models and modes of Qua- litative Data Analysis in LEININGER, M.M.. Qualitative Research Methods in Nursing.
- LEININGER, M.M. (1990). Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed., Newbury Park, Sage Publications.
- MAIA, Santana - Pedagogia da qualidade junto dos médicos, Revista Qualidade, Lis- boa, 2 de Junho, 1995, p.12-15.
- MARQUES, Ana P. (1991). Gestão da Produção - Diagnóstico. Planeamento e Contro- lo, Texto Editora, Lisboa.

- MARQUES, Carlos Alves; Miguel Pina e Cunha (1996). Comportamento organizacional e gestão de empresas. Lisboa, Publicações D. Quixote lda.
- MARQUES, Fernando Vasco da Silva (1997). Liderança nas organizações e implementação da Gestão da Qualidade Total (TQM). “Revista Portuguesa de Saúde Pública”, Lisboa, vol. 15, nº 1 (Janeiro/Março), p. 65-70.
- MARSOL, Fausto - A suprema arte, Revista Dirigir, Lisboa, nº 30, Março/Abril 1994, p. 47 a 49.
- MASON, E. J. (1988). Normas de Calidad de Enfermería. Métodos de Elaboración. Barcelona: Doyma.
- MELRO, Fernando - xenofonte - A formação dos Administradores na justiça e honestidade, Revista Dirigir, Lisboa, 30 Março/Abril, 1994, p. 20 a 21.
- MELO, Joaquim - Gestor um incompreendido ou marginal criativo?, Revista Dirigir, Lisboa, nº 30, Março/Abril, 1994, p.52.
- MERTENS, Joanna Maria de Sousa e Brito et al (1994). Relação entre competências da enfermeira chefe e garantia da Qualidade de cuidados. “Servir”, nº 40-nº 6, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997). Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século. Lisboa
- MOUTINHO, Adalberto. Modelo de resolução de problemas potenciador das ferramentas da Qualidade. “Revista Qualidade”, Lisboa, 2; Janeiro, p.18-21.
- NIGHTINGALE, F. (1989). Notas sobre enfermagem. São Paulo, Cortez.
- Normas da Série NP EN 9001 (1995). - Normas para a Gestão da Qualidade e a Garantia da Qualidade - Linhas de Orientação para a Selecção e Utilização, Instituto Português da Qualidade, Lisboa.

- Normas da Série NP EN 9002 (1995). Sistemas de Qualidade: Modelo de Garantia da Qualidade no Projecto/Desenvolvimento. Produção, Instalação e Após-Venda, Instituto Português da Qualidade, Lisboa.
- OLIVEIRA, Abílio - Percepção da Morte - A Realidade Interdita. Lisboa, Instituto Superior do Trabalho e da Empresa, (Dissertação de Mestrado) 1995
- OLIVEIRA, João Carlos Santos (1997). Garantia da Qualidade dos cuidados. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- OMS, Bureau Regional da Europa - As metas de saúde para todos. Lisboa, DEPS, 1985.
- PALMER, Anthony; BURNS, Sarah; BULMAN, Chris (1995). Reflective Practice in Nursing. The growth of the Professional Practitioner. (Org.) Paris, Blackwell Science.
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, B. (1992). Modelos para o Exercício de Enfermagem. Lisboa: Grafilarte.
- PEREIRA, Francisco; DIAS, Domingos - "Gestão da Qualidade como Componente da Gestão Estratégica", Qualidade, nº 4, Dezembro 1988.
- PEREIRA, Teresa Quintão; FERNANDES, Maria Alcina (1995). Enfermagem - Perspectivas Internacionais - Auscultação a enfermeiros de 10 países, 1994/95. Lisboa, Ministério da Saúde, Região de Lisboa e Vale do Tejo, 69p.
- PEREZ, Paz Rodrigues (1992). Política y garantía de calidad hospitalaria. Madrid.
- PETERS, Thomas J.; WATERMAN Jr., Robert H. (1982). Na Senda da Excelência, Publicações D. Quixote, Lisboa. Tradução de In Search of Excellence, Harper & Row, New York.
- PETERS, Tom (1992). Liberation Management. Califórnia.

- PETERS, Tom (1995). Seminário de Tom Peters. Bertrand, 3ª ed. Lisboa.
- PIRES, António Ramos - Usos, limitações e integração de diversas técnicas e métodos utilizados na melhoria dos processos do negócio. Revista Qualidade, Lisboa, nº 1, Janeiro 1996, p.36-38.
- PIRES, António Ramos (1993). Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade. Lisboa, Ed. Sílabo.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. (1985). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 2ª ed. México, Interamericana.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, Carreira de Enfermagem. "Diário da República" (Iª Série).
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 122/97 de 20 de Maio – Divisão da Acreditação e Auditoria e Divisão da Qualidade.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Lei nº 48/90 - Lei de Bases da Saúde. "Diário da República", Lisboa, I Série (145) 24 de Agosto, 1990.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1987). Princípios de garantia da Qualidade. Lisboa, OMS. Bureau Regional da Europa [s.p].
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1993). Decreto-Lei nº 345/93 de 1 de Outubro. Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade. "Diário da República", Lisboa, (I Série).
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 161/91 de 4 de Setembro, Estatuto da Carreira de Enfermagem. "Diário da República" Lisboa, (Iª Série).
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Criação da Ordem e aprovação dos Estatutos. "Diário da República, Iª Série.

- QUIVY, Raymond e CAMENHOUDT, Luc Van (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa, Gradiva.
- ROBERT, Bogan; SARI, Biklen (1994). Investigação Qualitativa. Lisboa, Porto Editora.
- ROSA, Margarida - Qualidade é - Pessoas. Lisboa, "Revista Qualidade", nº 1, Janeiro
- ROSETA, Teresa - Qualidade é - Pessoas. Revista Qualidade, Lisboa, nº 1 Janeiro 1996.
- SALE, Diana (1998). Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde. Lisboa, Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- SANTOS, Cândido - "As Normas são o Início e não o Fim de um Processo de Qualidade", Expresso - Dossier: A Era da Qualidade, nº 1125, 21/Maio/1994.
- SECO, Olga da Maia (1989). Contributo para um programa de garantia de enfermagem. Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa (Curso de Administração Hospitalar; XVIII, 1987/89).
- SEPÚLVEDA, Maria do Rosário Simões Raposo Graça Mira Correa (1997). Garantia da Qualidade dos Cuidados. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- SILVA, Afonso - "No Caminho da satisfação Total do Cliente", Qualidade, nº 4, Dezembro 1993.
- SILVA, J.M. Caldeira da - Investigação em enfermagem para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde - prioridades. "Enfermagem", Lisboa, nº 6.
- SILVA, Maria Cecília (1990). Implementação dum sistema de garantia da Qualidade no Centro de Saúde da Reboleira. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.

- SOARES, Maria Isabel (1997). Da Blusa de Brim à Touca Branca. Lisboa, Educa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- SOUSA, Mariana Diniz (1998). Ordem dos enfermeiros está aprovada. Revista Nursing, Junho 1998, nº 123, Lisboa.
- TEIXEIRA, Carolina Maria Reis (1988). Garantia da Qualidade em Saúde Materna no Centro de Saúde de Ermesinde. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Curso de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- TOMÉ, João B. (1991). Portugal e a Europa no Mercado Mundial da Qualidade, Associação Portuguesa para a Qualidade, Lisboa.
- TRIVINOS, Augusto N. Silva (1987). Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, p.175.
- VALA, Jorge (1993). Representações sociais para uma psicologia do pensamento. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- VEIGA, Barbara Soares. 5ª Conferência de Investigação em Enfermagem. "Servir", Lisboa, Vol.44 (4) Jul-Ago., 1996, p.193-198.
- VUORI, H. (1991). A Qualidade da Saúde. Divulgação em Saúde para debate. CEBES: Londrina, n. 1, Fev.1991.
- WATSON, Jean (1988). Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. New York. National League for Nursing.
- WATSON, Jean - Nursing Science quest. "Nursing Out Look". July, 1981 (29), 413-416.
- WITT. Aracy (1981). Pesquisa de Enfermagem. Lisboa, ACEPS

WOODS, Peter (1987). La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa. Centro de Publicaciones del M.E.C. y Ediciones Paidós. Barcelona. Buenos Aires, México.

5.2 - ENTREVISTAS

IMPERATORI, Emílio. Director da DSPGQ, Direcção Geral da Saúde, "Competências DSPGQ e suas repercursões na saúde", Direcção Geral da Saúde, 96/06/17 (2h)

VEIGA, Maria Barbara Soares - Coordenadora do Projecto SCD, IGIF, "Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem - sub-sistema de gestão", IGIF, 96/06/18 (2 h).

FERNANDES, Alcinda - Técnica Assessora da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Ministério da Saúde, 98/01/20 (1 h).

CHAVES, Carlos Alberto – Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, 98/03/20 (2 h).

CHAVES, Idalina – Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa, 98/04/30 (2 h).

OLIVEIRA, Antónia Ramos Del Pino – Enfermeira Supervisora, Hospital de Vila Franca de Xira. 98/04/05 (2 h).

ANEXOS

Anexo 1 - Organograma do HDA

Anexo 2 - Pedido de autorização para a realização do estudo

Agostinha de Andrade
Aluna do 1º Mestrado em Gestão da Qualidade
na Universidade Aberta
Profª Adjunta na Escola Superior de Enfermagem
de Santarém

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Distrital de Abrantes

ASSUNTO: Pedido de colaboração para desenvolver a dissertação no Mestrado em
Gestão da Qualidade no HDA

Encontro-me neste momento a desenvolver a minha dissertação, a fim de concluir o mestrado em Gestão da Qualidade, que estou a frequentar na Universidade Aberta em Lisboa.

A área temática que se situa o estudo, é o da Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e cujo objectivo é conhecer a percepção dos enfermeiros gestores acerca do processo de garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar.

Para isso, solicito a vossa colaboração e disponibilidade, para que a colheita de dados se possível, se realize na 1ª quinzena de Janeiro p.f.

A análise dos dados será feita de forma a manter o anonimato e após a discussão da dissertação, disponibilizo-me para vos apresentar os resultados.

Agradeço desde já a vossa preciosa colaboração.

Com os melhores cumprimentos
A Mestranda

Agostinha de Andrade Vieira Ussene Can

Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados

UNIVERSIDADE ABERTA
1º MESTRADO EM GESTÃO DA QUALIDADE

Entrevista ao Enfermeiro Director e Enfermeiros Chefes (preparação das entrevistas)

DATA ___/___/___

INÍCIO _____

TÉRMINUS _____

"Não há ciência onde não se consegue discriminar a forma correcta ou incorrecta de Proceder".

HIPÓCRATES

Caríssimos Colegas

Este estudo surge no âmbito do mestrado em Gestão da Qualidade e pretende conhecer a Percepção dos Enfermeiros Gestores face a diversos aspectos relacionados com a Garantia da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos clientes internados nos Hospitais.

A Garantia da Qualidade é basicamente um conjunto de acções planeadas, coordenadas, sistematicamente controladas e avaliadas, sendo a base do edifício da "Qualidade Total". Deve ser vista como necessidade de clientes internos e externos. É ela, que, estabelece a disciplina necessária à aceitação do sistema de valores da Qualidade Total.

A sua opinião é para nós muito importante, pois sem a vossa colaboração não será possível a realização do presente estudo, pelo que desde já agradecemos a vossa participação, que, como é óbvio, será voluntária.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, pelo que pedimos sinceridade nas respostas, pois só assim será possível conhecer a realidade. As entrevistas em data e local a combinar demorarão cerca de 30 a 40 minutos e agradecemos a sua gravação. Desde já nos disponibilizamos, desde que revelem interesse, para a divulgação dos resultados deste estudo.

O nosso muito obrigado pela colaboração

A Mestranda

Agostinha de Andrade Vieira Ussene Can

UNIVERSIDADE ABERTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

(Enfermeiros Gestores dos Cuidados de Enfermagem no Hospital)

ENTREVISTA Nº _____

DATA ____/____/____

INÍCIO _____

TÉRMINUS _____

I

1 - Alguns dados Biográficos

- Sexo - MAS. FEM.
- Categoria Profissional _____
- Anos na categoria _____
- Anos na função _____

2 - Formação profissional

- Curso Superior de Enfermagem ou equivalente _____
_____ em _____
- Curso de Especialização em Enfermagem _____
_____ em _____
- Outros Cursos (especificar: Escola, Faculdade, Instituto e ano de conclusão) _____

- Formação para a Qualidade (especificar) _____

- IDADE
 - 25 - 30 anos
 - 31 - 35 anos
 - 36 - 40 anos
 - 41 - 45 anos
 - 46 - 50 anos
 - 51 - 55 anos
 - > 56 anos

3 - Habilitação académica _____

QUESTÕES

II

- A- No seu entender, como poderá ser garantida a Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados nos Hospitais? (Liderança, cultura e estrutura organizacional. Inclui: Missão; objectivos; estilo de gestão; envolvimento das pessoas; espírito de melhoria contínua; feed-back dos clientes externos; procedimentos escritos; modelos teóricos profissionais; SCD; métodos de trabalho; PE; Padrões e Critérios).
- B- O que pensa acerca das competências legais dos enfermeiros gestores ao nível da concepção, coordenação e execução da Garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem nos clientes internados nos Hospitais? (Formação para a Qualidade; estratégias de análise e resolução de problemas; motivação e planeamento operacional).
- C- Sendo a Garantia da Qualidade dos cuidados de enfermagem basicamente um "conjunto de acções planeadas, coordenadas, sistematicamente controladas e avaliadas", como operar essas actividades, desde a sua concepção aos resultados? (Métodos de controlo dos cuidados de enfermagem, estratégias de avaliação dos resultados. Inclui, auditorias, registos, trabalho de equipa; sistemas de informação e medidas correctivas).
- D- A Qualidade começa e acaba com formação de todos os envolventes no processo, desde a gestão de topo aos níveis operacionais (JURAN, 1995). Estarão os enfermeiros preparados acerca do "Que e do Como" garantir os cuidados de enfermagem nos clientes internados nos Hospitais?

III

Instruções para as respostas

Agradecemos que indique o nível de concordância em cada uma das afirmações que se seguem, tentando justificar a sua concordância ou discordância

	QUESTÕES	Completamente de acordo	De acordo	Não sei	Discordo	Completamente em desacordo
1	O modelo conceptual de gestão dos cuidados de saúde nos Hospitais interfere na produção de cuidados de enfermagem de Qualidade.					
2	A Visão, Missão e Filosofia do Hospital são facilitadoras da Qualidade dos cuidados de enfermagem.					
3	Todos os enfermeiros devem ser pessoalmente responsáveis pela Qualidade do seu trabalho.					
4	As expectativas e necessidades dos clientes externos devem ser contempladas na concepção dos Padrões e critérios da Qualidade dos cuidados de enfermagem.					
5	A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem desagradam aos enfermeiros.					
6	A direcção do Hospital deve ouvir os pontos de vista dos enfermeiros.					
7	O sistema de classificação (SCD) é facilitador da garantia da Qualidade dos CE.					
8	O processo de enfermagem (PE contribui para o processo de garantia da Qualidade dos CE.					
9	Os enfermeiros aceitam facilmente as mudanças quando conhecem claramente os seus objectivos.					
10	É importante verificar sistematicamente se os cuidados de enfermagem estão a ser praticados conforme as orientações prévias inerentes aos padrões e critérios definidos.					

	QUESTÕES	Completamente de acordo	De acordo	Não sei	Discordo	Completamente em desacordo
11	As instruções escritas ajudam a diminuir a possibilidade de erro no trabalho.					
12	Quando acontecem problemas com os cuidados de enfermagem, devem ser resolvidos tendo em vista os resultados.					
13	A Melhoria da Qualidade no Hospital exige que os enfermeiros sejam mais competentes no processo de garantia da Qualidade.					
14	Os enfermeiros sentem necessidade de mais treino e conhecimentos para acompanhar as exigências da profissão, na área da Qualidade.					
15	Os enfermeiros devem conhecer periodicamente o evoluir do seu desempenho em função dos objectivos definidos.					
16	O método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável é facilitador da Garantia da Qualidade.					
17	Os resultados dos cuidados de enfermagem são avaliados regularmente pelos registos.					
18	Os enfermeiros devem esforçar-se no sentido da melhoria dos cuidados, mesmo quando, os mesmos são satisfatórios.					
19	As equipas multidisciplinares devem "discutir" com frequência sobre possíveis formas de melhorar os cuidados de saúde.					
20	A Qualidade dos cuidados de enfermagem deve ser avaliada desde a concepção aos resultados finais com a colaboração dos clientes.					
21	Todos os enfermeiros devem ter contacto directo e regular com o enfermeiro director e supervisor.					
22	A melhoria da Qualidade no Hospital trará benefícios aos enfermeiros.					