

REVISTA TMQ

TECHNIQUES, METHODOLOGIES AND QUALITY

Editores

Carlos Alberto da Silva
Universidade de Évora

Margarida Saraiva
Universidade de Évora

António Teixeira
ISCTE-IUL, Lisboa

Corpo Editorial

Editores:

Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Margarida Saraiva (Universidade de Évora)

António Teixeira (ISCTE-IUL, Lisboa)

Conselho editorial:

Albino Lopes (ISCTE-IUL, Lisboa)

Alfonso Vargas-Sanchez (Universidade de Huelva)

Álvaro Rosa (ISCTE-IUL, Lisboa)

António Cruz (Instituto Português de Qualidade)

António Ramos Pires (Instituto Politécnico de Setúbal)

Carlos Noronha (Universidade de Macau)

Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Elizabeth Reis (ISCTE-IUL, Lisboa)

Esteban Pérez (Universidade da Extremadura)

Francisco Guerreiro (ISCTE-IUL, Lisboa)

José Figueiredo Soares (Associação Portuguesa para a Qualidade)

José Gomes Requeijo (Universidade Nova de Lisboa)

Jorge Casas Novas (Universidade de Évora)

Margarida Mano (Universidade de Coimbra)

Maria de Fátima Jorge (Universidade de Évora)

Maria João Rosa (Universidade de Aveiro)

Nelson Santos António (ISCTE-IUL, Lisboa)

Paula Brito Silva (José de Mello Saúde)

Rogério Puga Leal (Universidade Nova de Lisboa)

Rosalia Lavarda (URI Santiago – Brasil)

Siew Huat Kong (Universidade de Macau)

Zulema Lopes Pereira (Universidade Nova de Lisboa)

Índice

Índice de autores	11
-------------------	----

Introdução	13
------------	----

Carlos Alberto da Silva

Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados

Paulo Jorge Santos Sousa

1. Qualidade em Saúde	20
2. Políticas de Qualidade em Saúde	21
3. Avaliação da Qualidade em Saúde	22
3.1. Modelo de Maxwell	26
3.2. Modelo de Donabedian (tríade de Donabedian)	27
4. Considerações Finais	28

Portugal: centros de saúde, qualidade e governação clínica

Rui Lourenço

1. Cuidados de Saúde Primários em Portugal, evolução histórica	33
2. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2005 e Governação Clínica	34
3. Governação Clínica e Qualidade em Cuidados de Saúde Primários	36
4. Governação Clínica nos ACES, presente e futuro	37

Visão simbiótica de qualidade em saúde – busca contínua pela melhoria

Silvana Cardoso Revez • Carlos Alberto da Silva

1. Introdução	42
2. Desenvolvimento	43
2.1. Foco na Qualidade	43
2.2. Foco no Sistema de Qualidade	45
2.3. Qualidade em Saúde o percurso português	45
2.4. Os Actores – A envolvência num diálogo positivo	46
2.5. Melhoria Contínua da Qualidade	47
3. Considerações Finais	49

Desafio para o futuro: usar humor para aumentar a qualidade em saúde

Helena José • António Abrantes

1. Introdução	54
2. Aumentar a qualidade em saúde, pelo uso do humor	56
3. Conclusão	61

Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS

Paula Quintino • Margarida Saraiva

1. Introdução	66
2. Qualidade nas Organizações de Saúde	67
3. A Comunicação nas Organizações de Saúde	71
3.1. Comunicação Externa, Inovação e Criação de valor	73
3.2. Redes de Comunicação, Comunicação Interna	75
4. Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo	76
4.1. Problemática e objectivos do estudo	77
4.2. Método	78
4.2.1. Participantes	78
4.2.2. Método de análise	79

4.2.3. Instrumento	79
4.2.4. Procedimentos	81
4.2.5. Desenho e análise de dados	81
4.3. Resultados	81
5. Conclusões	88
6. Propostas de intervenção na realidade organizacional	90

Qualidade no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes

Manuel Agostinho Matos Fernandes

1. Introdução	94
2. Metodologia	98
3. Resultados e discussão	100
3.1. Modelos de interação pessoal	101
3.2. Modelos de Relacionamento Clínico	102
4. Dinâmica do Relacionamento Consonante com a Gestão da Qualidade	107

Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela *Joint Commission International*

Maria Helena Almeida • Ana Isabel Lopes • Carlos Alberto da Silva

1. Introdução	116
2. Aspectos conceptuais e metodológicos da Qualidade em Saúde	117
2.1. Aspectos Conceptuais da Qualidade em Saúde	118
2.2. Aspectos Metodológicos da Qualidade em Saúde	119
2.3. A Acreditação Hospitalar pela <i>Joint Commission International</i>	123
3. Reflexão sobre uma experiência da Acreditação hospitalar pela <i>Joint Commission International</i>	125
4. Conclusão	130

Qualidade dos sistemas de informação num serviço de radiologia

Ana Fonseca • Paulo Resende da Silva

1. Introdução	134
2. Qualidade dos Sistemas de Informação: enquadramento	135
2.1. Sistemas de Informação	137
2.2. Qualidade	139
2.3. Dimensões da Qualidade dos Sistemas de Informação	141
3. Desenho do Modelo e Objectivos de Investigação	144
4. Análise e Resultados da Avaliação da Qualidade do Sistema de Informação no Serviço de Radiologia	149
6. Conclusões	153

Manual da qualidade e abordagem por processos: o caso de uma sala de mamografia

Rui Almeida • Carlos da Silva • Ana Fernandes • António Abrantes • Luís Ribeiro • Kevin Azevedo

1. Introdução	158
2. Auditorias e Processos	159
3. O Manual da Qualidade como «Ferramenta» de Gestão	160
3.1. O Caso de uma Sala de Mamografia Digital	162
4. Conclusão	172

Controlo estatístico da qualidade e saúde

Jorge Varanda

1. Introdução	176
2. Controlo estatístico da qualidade e gestão	177
3. Origens do controlo estatístico da qualidade	178
4. Ferramentas estatísticas e melhoria da qualidade. Entendimento da variação	179
5. O contexto da Saúde	182

Controlo estatístico do processo – monitorização do desempenho de equipamento radiológico

Gilda Cunha • Nuno Machado • Nuno Teixeira

1. Introdução	186
2. Controlo da Qualidade de equipamentos radiológicos	187
2.1. Material e método	188
2.2. Resultados	189
2.3. Conclusão	191

Qualidade em saúde: diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes

Mafalda I. F. Silva • Raquel A. Costa • Carlos A. da Silva • Joaquim M. Fialho • José M. L. Saragoça •
• Luísa Pedro • Maria Asensio

1. Introdução	194
2. Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde	195
3. Diabetes Tipo 1	197
4. Conceito de redes sociais	198
4.1. Análise de redes sociais	201
5. Opção Metodológica	203
6. Análise Rede Social do Tratamento Criança com Diabetes	205
7. Conclusão	211
8. Recomendações	215

Índice de autores

Carlos Alberto da Silva	
Introdução	18
Paulo Jorge Santos Sousa	
Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados	24
Rui Lourenço	
Portugal: centros de saúde, qualidade e governação clínica	38
Silvana Cardoso Revez • Carlos Alberto da Silva	
Visão simbiótica de qualidade em saúde – busca contínua pela melhoria	46
Helena José • António Abrantes	
Desafio para o futuro: usar humor para aumentar a qualidade em saúde	58
Paula Quintino • Margarida Saraiva	
Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS	70
Manuel Agostinho Matos Fernandes	
Qualidade no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes	98
Maria Helena Almeida • Ana Isabel Lopes • Carlos Alberto da Silva	
Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela <i>Joint Commission International</i>	120
Ana Fonseca • Paulo Resende da Silva	
Qualidade dos sistemas de informação num serviço de radiologia	138
Rui Pedro Almeida • Carlos Alberto da Silva • Ana Rosalina Fernandes • • António Abrantes • Luís Ribeiro • Kevin Azevedo	
Manual da qualidade e abordagem por processos: o caso de uma sala de mamografia	162
Jorge Varanda	
Controlo estatístico da qualidade e saúde	180
Gilda Cunha • Nuno Machado • Nuno Teixeira	
Controlo estatístico do processo – monitorização do desempenho de equipamento radiológico	190
Mafalda Silva • Raquel Costa • Carlos Alberto da Silva • Joaquim Fialho • • José Saragoça • Luísa Pedro • Maria Asensio	
Qualidade em saúde: diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes	198

Introdução

Carlos Alberto da Silva

casilva@uevora.pt

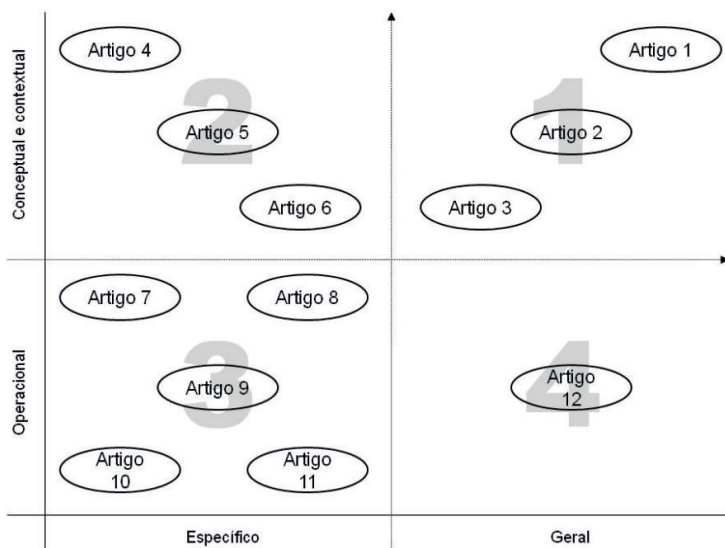
«Toda a organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem. Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo.»

Senge *et al.* (1990)

Um mundo com qualidade é aquilo que todos desejamos nas e para as nossas vidas. Embora a ideia de qualidade seja largamente utilizada no meio industrial e dos serviços, a sua aplicação no seio dos serviços e cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez maior expressão. Caracterizando a intervenção em saúde moldada pelo imperativo da resolução eficaz e eficiente dos problemas da saúde-doença, pela exigência de respostas interactivas no quadro dos recursos organizacionais e profissionais na qual se inscreve, fomentar e sedimentar a qualidade na prestação de cuidados de saúde se exige, em primeira e em última instância, uma transferência rigorosa das metodologias, modelos e demais lógicas processuais da qualidade na estrutura dos cuidados de saúde, aspectos que requerem uma profunda reflexão sobre a reorganização da governança de todo o sistema de saúde.

É precisamente pela relevância da problemática da qualidade no actual contexto de mutação do mundo organizacional da saúde que aqui se apresentam algumas exposições, reflexões e situações, sistematizadas numa primeira edição temática da Revista TMQ – Qualidade, e ancoradas em perspectivas multi e interdisciplinares aplicadas à área da saúde.

Longe de ser uma mera agregação de textos, os artigos apresentados em seguida, encontram-se agrupados segundo quatro quadrantes de abordagem, que subjazem no eixo estruturante da Revista. A figura 1 apresenta essa estrutura adoptada.

Figura 1 – Modelo Geral

Assim, focalizando os artigos em temas que vão desde uma abordagem mais genérica até à especificidade tecnicista das práticas em qualidade, passando por temas de ordem conceptual e contextual ou ainda de ordem operacional, é oferecido ao leitor uma imagem sobre a complexidade das tendências, perspectivas e exemplificações de algumas das práticas actuais no sector da saúde.

No primeiro quadrante são apresentados três artigos que abordam as principais tendências das perspectivas actuais sobre o movimento da qualidade na saúde: 1) Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados; 2) Portugal: Centros de Saúde, Qualidade e Governação Clínica; 3) Visão Simbiótica de Qualidade em Saúde – Busca Contínua pela Melhoria.

Assim, inicia-se a presente edição temática com um artigo de Paulo Sousa, onde se aborda de forma crítica a relação entre as políticas de saúde e a qualidade dos cuidados prestados. Trata-se de uma reflexão sobre os desafios da qualidade em saúde, e das implicações que subjazem nos esforços e investimentos dos profissionais de saúde e das organizações para potenciar serviços com benefícios para os doentes. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados é perspectivada como um lugar privilegiado de passagem para a garantia e a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social.

Rui Lourenço apresenta uma reflexão sobre os caminhos para a governação clínica nos centros de saúde portugueses e as suas implicações no contexto da qualidade na organização da prestação de cuidados de saúde. Através de um olhar sobre a reforma em saúde em curso em Portugal, realça o papel determinante da Governação Clínica na implementação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde e na Gestão da Mudança.

A necessidade de uma «Visão Simbiótica de Qualidade em Saúde» que permita alcançar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde, é uma proposta de abordagem de Silvana Revez e Carlos da Silva. Num breve ensaio, os autores focalizam a sua reflexão nos dilemas da qualidade, enquanto processo contínuo para a obtenção de resultados desejados em saúde. Da análise efectuada, colocam em evidência que a tomada de decisão na escolha das melhores estratégias para implementar um processo de melhoria e de desenvolvimento da qualidade não é linear, aspectos que implicam a envolvimento de uma rede organizada de actores sociais e políticas organizacionais. Para a sedimentação deste cenário se impõe a adopção duma visão simbiótica da acção colectiva entre actores, sendo crucial quando se pretende uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde, tendo o utente/doente no centro do sistema.

O segundo quadrante é composto por três artigos que mobilizam o enfoque no plano das interacções humanas na construção dos caminhos para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde: 4) Desafio para o Futuro: Usar humor para aumentar a qualidade em saúde; 5) Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde: Aplicação Prática no HCIS; 6) Qualidade no Relacionamento entre Profissionais de Saúde e Doentes.

Este segundo bloco de artigos inicia com um trabalho de Helena José e António Abrantes. Os autores apresentam um artigo para explicitar a importância do humor nas relações entre os profissionais de saúde e os utentes/clientes/doentes. O uso do humor é apresentado como uma das possibilidades de sucesso da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, na medida em que, sendo um mecanismo de *coping*, o humor possui não só o potencial para ajudar as pessoas a viver a vida com alegria e felicidade, mas também a capacidade para aumentar a produtividade e a satisfação profissional, bem como a capacidade para melhorar a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Paula Quintino e Margarida Saraiva debruçam sobre a «Qualidade e a Comunicação nas Organizações de Saúde», tomando como pano de fundo a importância duma rede sustentada de comunicação com qualidade na prestação de cuidados de saúde. Tendo em conta esta realidade no plano da eficiência e da eficácia organizacional, as autoras apresentam os resultados dum estudo sobre a temática que permitiram colocar em evidência que os diferentes modos de agir e de gerir a comuni-

cação, designadamente os decorrentes da praxis dos enfermeiros, estão directa e proporcionalmente relacionados com a satisfação do cliente/utente/doente, e consequentemente com a qualidade percebida dos serviços prestados por este grupo profissional.

A qualidade do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes é bem ilustrada no artigo de Manuel Agostinho. Baseado num estudo de orientação qualitativa, é apresentado no artigo os principais factores que subjazem no envolvimento do doente nos cuidados de saúde, assim como nos modelos de relacionamento de interacção pessoal e de relacionamento clínico. Os resultados do estudo sugerem o princípio da autodeterminação do doente como pano de fundo do relacionamento na prestação de cuidados, aspecto que se deve desenvolver no quadro dos princípios éticos e deontológicos dos médicos e dos enfermeiros, e sobretudo nos termos dos dispositivos pragmáticos da qualidade como é preconizado pelos sistemas de gestão da qualidade, nomeadamente da *Joint Commission International*.

O terceiro quadrante aborda os aspectos operacionais da auditoria, da avaliação de sistemas específicos das unidades da saúde e da importância do controlo estatístico da qualidade, sendo composto pelos seguintes artigos: 7) Aspectos Conceptuais e Metodológicos da Qualidade em Saúde: a Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*; 8) Qualidade dos Sistemas de Informação num Serviço de Radiologia; 9) Manual da Qualidade e Abordagem por Processos: O caso de uma Sala de Mamografia; 10) Controlo Estatístico da Qualidade e Saúde; 11) Controlo Estatístico do Processo – monitorização do desempenho de equipamento radiológico.

Tendo em conta a complexidade das perspectivas sobre o conceito de qualidade, quer como elemento central da gestão organizacional e dos processos de auditoria, quer como marca de garantia e segurança dos doentes, Maria Helena Almeida, Ana Isabel Lopes e Carlos Alberto da Silva debruçam sobre uma experiência de utilização do processo de Acreditação Hospitalar através das linhas de orientação da *Joint Commission International*. O relato deste caso permite colocar em evidência que a segurança do doente, o desenvolvimento contínuo da qualidade, a certificação e a acreditação constituem os principais elementos a ter em conta nas políticas organizacionais de saúde.

Ana Fonseca e Paulo Resende da Silva apresentam um artigo sobre a «Qualidade dos Sistemas de Informação em Radiologia». Discutem as razões lógicas da implementação dos sistemas de informação a fim de melhorar a qualidade dos procedimentos e do processo clínico e de gestão. Apresentam os resultados dum estudo desenvolvido num serviço de radiologia de um hospital. Analisaram e avaliaram os perfis caracterizadores dum sistema de informação específico em saúde, colocando em evidência que uma gestão cuidada na sua implementação e um uso

profícuo por actores co-responsáveis pela qualidade dos serviços prestados, os mesmos sistemas de informação permitem potenciar uma melhoria da qualidade de desempenho dos profissionais de saúde.

As auditorias e a sua abordagem por processos, bem como a normalização e aperfeiçoamento dos processos auditados constituem os eixos da proposta de trabalho realizada por Rui Almeida, Carlos da Silva, Ana Rosalina Fernandes, António Abrantes e Luís Ribeiro. Para os autores, a melhoria dos procedimentos dos serviços prestados num serviço de radiologia hospitalar, nomeadamente os de uma sala de *mamografia digital*, passa pela aplicação criteriosa de adequadas ferramentas de gestão ao serviço, assim como, pelo cumprimento rigoroso das normas e processos. O presente artigo visa contribuir para o reforço da importância para a elaboração e uso dos manuais de qualidade, enquanto elementos de referência e de uniformização dos métodos a aplicar na gestão da qualidade em saúde, designadamente no que se refere à satisfação do utente e à optimização dos processos.

A importância do «Controlo Estatístico da Qualidade e Saúde» constitui a proposta de reflexão de Jorge Varanda. Tendo em conta a diversidade dos sistemas e situações organizacionais da prestação de cuidados de saúde, se exige cada vez mais o combate ao desperdício e o encontro de soluções para a eliminação dos erros. Para o autor, face à necessidade de medição, melhoria e controlo, numa perspectiva de aperfeiçoamento contínuo, é necessário resolver os problemas crónicos duma organização de serviços de saúde. Para o efeito, o autor propõe a implementação e desenvolvimento de uma nova abordagem lógica e estruturada na gestão das organizações de serviços de saúde, designadamente através do uso de dados e instrumentos apropriados, onde o controlo estatístico encontra um lugar privilegiado de passagem.

Gilda Cunha, Nuno Machado e Nuno Teixeira debruçam-se sobre as lógicas do controlo estatístico do processo para a monitorização do desempenho do equipamento radiológico. Com base em material empírico, os autores demonstram não só a importância das cartas de controlo como uma ferramenta útil num programa de controlo de qualidade de um equipamento radiológico, mas sobretudo colocam em evidência que a realização de uma análise estatística dos resultados obtidos periodicamente permite acompanhar o desempenho do(s) equipamento(s) num serviço de saúde, sem a qual não é possível efectuar com rigor uma previsão de desvios sistémicos ao funcionamento óptimo do sistema de diagnóstico por imagem.

Para finalizar o presente número temático sobre a Saúde, apresenta-se no quarto quadrante uma outra leitura dos processos da qualidade em saúde, tomando como pano de fundo a problemática das relações interorganizacionais através de um artigo intitulado «Qualidade em Saúde: Diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes», da autoria de Mafalda

Silva, Raquel Costa, Carlos da Silva, Joaquim Fialho, José Saragoça, Luísa Pedro e Maria Asensio. Os autores procuram através de um estudo empírico abordar a validade e a explicitação da importância das redes sociais no processo de garantia da qualidade dos cuidados. Os autores apresentam de forma pragmática as linhas metodológicas da análise de redes sociais para decodificar os fluxos e vínculos específicos dos actores envolvidos no processo de organização e gestão da prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes. Os resultados do estudo permitiram, por um lado, identificar determinados padrões de interacção entre organizações sociais e de saúde, e por outro lado, compreender a influência desses padrões no comportamento dos *stakeholders* da saúde. A recente criação da consulta de diabetes pediátrica na estrutura intra-hospitalar e o centro de saúde da área geográfica estudada emergem como um dos principais recursos de acesso da comunidade. Apesar das dificuldades decodificadas, designadamente na gestão da informação e na articulação, o presente trabalho permite fazer relevar que os profissionais de saúde demonstraram um crescente envolvimento e responsabilização na melhoria da qualidade dos cuidados e sobretudo no reforço dos meios para auditar os processos de articulação na rede de cuidados de saúde a crianças com diabetes.

Em suma, os diferentes artigos apresentados no presente número temático constituem algumas das propostas possíveis de abordagem para a salvaguarda dos elevados padrões de qualidade em saúde, sendo ainda de admitir que o acréscimo de responsabilização e envolvimento dos actores na gestão e garantia da qualidade nos serviços de saúde passa pela necessária alavancagem duma nova lógica de acção governativa nas organizações, eventualmente consubstanciada por um outro modelo de governação clínica e técnica dos sistemas integrados de melhoria da qualidade.

Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados

Paulo Jorge Santos Sousa

Escola Nacional de Saúde Pública, UNL

Centro de Investigação e Estudos em Saúde Pública (CIESP) da ENSP-UNL

paulo.sousa@ensp.unl.pt

Resumo: Ao nível das políticas de saúde os principais condicionalismos que hoje se colocam prendem-se, entre outros, com: i) as alterações demográficas e envelhecimento da população; ii) a crescente complexidade dos cuidados de saúde; iii) o desenvolvimento tecnológico; iv) o aumento das expectativas dos doentes e; v) os problemas associados ao financiamento, que condicionam, não só o presente, mas sobretudo a sustentabilidade no futuro. Do ponto de vista da qualidade, «o grande desafio» têm a ver com a necessidade de criar com sucesso, um sistema que, de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços que, os profissionais e as organizações estão a desenvolver de molde a potenciar os benefícios para os doentes. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos, constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos. Neste contexto, à semelhança do que se passa noutros países, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância. Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, um desafio para os diferentes actores (*stakeholders*) da saúde.

Palavras-chave: Qualidade; Políticas de Saúde, Avaliação.

Abstract: The major constraints of the health policies is related with: (i) demographic change and ageing; (ii) increasing complexity of health care; (iii) technological development; (iv) increased expectations of patients and; (v) problems related with financing, affecting not only those issues, but the sustainability in future. From the point of view of quality, «the great challenge» is related with the need to create successfully a coherent system that can integrate the many professionals and organizations efforts to maximise the benefits for the patients. The evaluation of quality of care provided to continuous improvement

and increased the effectiveness, constitutes a purpose of modern health systems. In this context, as is happening in other countries, the evaluation issues is relevant, ensuring quality and continuous improvement in health-care system, public, private or social. Improve the quality of care provided to citizens and ensure all users access to quality care in a timely and appropriate costs is therefore a challenge for the different actors (health policy).

Keywords: Quality; Health Policies; Evaluation.

1. Qualidade em Saúde

O crescente enfoque e interesse pela «Qualidade» é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX (Deming, 1986; Juran, 1989). Este é um domínio onde, à semelhança de muitos outros, como sejam o financiamento, relação de mercado oferta/procura, previsibilidade de necessidades, impacto e visibilidade social, por exemplo, as «idiossincrasias» do sistema definem, moldam e adaptam uma realidade transposta de outras áreas de actividade, para o sistema de saúde.

O facto da aplicação dos conceitos e das práticas de qualidade, do sector industrial para a área da saúde, não poder ser feito de uma forma linear, tem sido considerado por vários autores como um dos principais factores que tem condicionado o processo de adopção e implementação de uma verdadeira «cultura» de qualidade nos sistemas de saúde, um pouco por todo o mundo (Deming, 1994; Berwick, 1996; Blumenthal, 1996a).

Existem várias definições de qualidade em saúde. Para melhor enquadrar a temática neste âmbito destacamos as definições propostas por Palmer e pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) que a refere, respectivamente, como,

«A produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as **características dos utentes.**» (Palmer, 1982. 761).

«O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados». (USA, JCAHO, 1993)

Outra questão igualmente importante, relaciona-se com o vasto conjunto de definições associadas ao conceito «qualidade em saúde», bem como às principais terminologias que lhe estão subjacentes.

Consideramos importante, no sentido de melhor integrar e articular estas questões, fazer referência, ainda que de uma forma sucinta e focalizada ao campo da saúde, a conceitos fundamentais como sejam: «gestão da qualidade»; «sistema de qualidade»; «melhoria contínua da qualidade» e «avaliação da qualidade».

Segundo Imperatori, (Imperatori, 1999.164) «gestão da qualidade», diz respeito ao «*Processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade*». Resumidamente, podemos afirmar que este conceito congrega todas as funções envolvidas na determinação e obtenção da qualidade, através da trilogia planeamento, controlo e melhoria da qualidade.

2. Políticas de Qualidade em Saúde

A necessidade de um «sistema de qualidade» foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração «Saúde para todos no ano 2000», na sua Meta 31 (OMS, 1985), e pelo Conselho da Europa na sua recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros (Biscaia, 2002), sendo consensual a sua definição como:

«Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.» (Biscaia, 2002.7).

Os principais objectivos, da introdução de políticas de «melhoria contínua da qualidade» nos cuidados de saúde, passaram sempre por i) procurar promover e manter a saúde das populações; ii) estruturar os serviços de saúde de molde a satisfazer as necessidades dessas populações; iii) assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados; iv) garantir que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação fossem utilizados de forma racional e eficiente e, necessariamente, v) assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde (WHO, 2006b). Assim, para a prossecução da «melhoria contínua da qualidade» dos cuidados torna-se necessário efectuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e garantia da sua solução. O processo baseia-se na

identificação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, na procura das melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos.

Um dos principais mecanismos utilizados na «melhoria contínua da qualidade» é o Ciclo PDCA, que significa: **Plan**, fase em que se analisam as áreas/actividades ou processos que queremos melhorar; **Do**, fase de implementação da mudança/melhoria; **Check**, este passo é crucial na medida em que é a fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; **Act**, depois de planear a mudança/melhoria, implementá-la e monitorizá-la, vem a fase em que se toma a decisão sobre o seu resultado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade (Jackson, 2001; Walley; Gowland, 2004).

Esta metodologia, inicialmente desenvolvida por Walter Shewhart, na década de 30, foi sendo aperfeiçoada, dinamizada e generalizada por Edwards Deming, advindo daí a origem da outra denominação porque é conhecido – ciclo de Deming (Juran, 1989).

O seu sucesso deriva, em grande medida, da ampla aplicabilidade, uma vez que pode ser utilizada em todas as actividades de uma organização, qualquer que seja a sua área de intervenção. Esta é, talvez, a metodologia que mais fácil e difusamente foi assimilada e adaptada à área da saúde, sendo frequentemente utilizada como processo de «melhoria contínua da qualidade» dos cuidados de saúde, em diversos sistemas de saúde (Van Tiel *et al.*, 2006; Wheatland *et al.*, 2006).

Muito embora as definições semânticas se multipliquem, as sobreposições de conceitos possam desfocar os objectivos e a multi-factorialidade da qualidade em saúde possa tornar difícil a sua medição, o facto é que o cerne da questão, o grande objectivo dos sistemas de saúde modernos, reside exactamente na necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados, pois só assim se pode saber onde (e como estamos) e, conseqüentemente, planear para onde e de que forma queremos ir (Øvretveit; Gustafson, 2002).

3. Avaliação da Qualidade em Saúde

Actualmente existe uma panóplia de mecanismos de avaliação, interna e externa, de aferição, de auditoria e de *benchmarking*, que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países, ou estratégias terapêuticas, tendo como referencial uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência (Øvretveit, 2001).

Difícilmente, nos dias de hoje, se conhecem intervenções na área da saúde, ou que sobre ela incidam, que não tenham considerações, questionem ou manifestem preocupação sobre a qualidade em saúde, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos. Surgindo da exigência, mais ou menos visível, de todos os actores envolvidos, a qualidade constitui, cada vez mais, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados.

Da complexa combinação que envolve o processo, a tecnologia e a interacção humana, que caracteriza o moderno sistema de prestação de cuidados de saúde, é esperado que traga benefícios significativos para os doentes. No entanto, estão também envolvidos riscos, inevitáveis, que poderão ter consequências na qualidade dos resultados obtidos.

Neste contexto, regista-se actualmente, quer na vasta bibliografia disponível, quer na realidade do dia-a-dia das organizações de saúde, uma multiplicidade de abordagens à temática da avaliação da qualidade (Øvretveit; Gustafson, 2002; Leatherman *et al.*, 2003; Larsson *et al.*, 2005). Esta temática surge muitas vezes analisada à luz de conceitos como: acreditação e certificação de organizações de saúde; auditorias clínicas; *benchmarking*; *clinical governance*; avaliação de desempenho; avaliação de resultados em saúde (*outcomes research*); entre outros. No entanto, poderemos destacar, como denominador comum, o facto destas questões serem indissociáveis de uma política explícita de Qualidade que visa melhorar, globalmente, o desempenho dos serviços de saúde e, consequentemente, os resultados do ponto de vista clínico, económico e centrados no doente (grau de satisfação, preferências e expectativas).

Os principais desafios que hoje se colocam à política de saúde são condicionados pelas alterações demográficas e envelhecimento da população, pela crescente complexidade dos cuidados de saúde, pelo desenvolvimento tecnológico, pelo aumento das expectativas dos doentes e pelos problemas associados ao financiamento. No futuro, a manter-se esta tendência, a sustentabilidade dos sistemas de saúde, tal como os conhecemos na actualidade, fica fortemente comprometida.

Desta forma, à semelhança do que se passa no âmbito internacional, as questões relacionadas com a avaliação da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância (Comissão Europeia, 2000; WHO, 2003). Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde.

Como consequência, verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos tempos, interesse crescente, que se tem mani-

festado, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes.

Este movimento entronca e, simultaneamente, deriva do paradigma em que a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados. Não se pode portanto intervir, na área da qualidade em saúde, se não se dispuser de mecanismos que permitam medi-la e avaliá-la.

A medição da qualidade nos serviços de saúde tem sido, histórica e conjunturalmente, bastante difícil. A razão principal desta dificuldade resulta da utilização de diferentes definições de qualidade em saúde.

Nos sistemas de saúde «movimentam-se» múltiplos *actores*, com distintos interesses e motivações, desempenhando diferentes papéis no seio do mesmo. Cada grupo possui definições e, conseqüentemente, medições de qualidade próprias, tendo em conta o seu «posicionamento» no sistema de saúde, podendo igualmente diferir nas dimensões analisadas, nos objectivos definidos, nos indicadores e medidas seleccionados e nos padrões (ou *standards*) utilizados como referência. (Brook; McGlynn, 1996).

Por exemplo, os profissionais de saúde tendem a caracterizar a qualidade mais em termos dos atributos e resultados dos cuidados prestados e da efectividade dos mesmos. Os financiadores, decisores políticos e gestores centram mais as suas atenções em medidas/indicadores decorrentes do desempenho organizacional e numa visão mais ampla, baseados na globalidade da população tratada. Os utentes/doentes, por sua vez, valorizam os aspectos relacionais, decorrentes do contacto com a organização e com os profissionais de saúde, a acessibilidade e o «balanço» entre as expectativas e o resultado final dos cuidados recebidos (Bowers; Swan; Koehler, 1994).

Foram vários os factores que incentivaram e fizeram despertar a atenção da avaliação da qualidade em saúde, entre os quais se destacam; i) as preocupações com as questões económicas e de eficiência; ii) o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); iii) a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; iv) o peso dos «*media*», que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; v) o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos directos na prestação de cuidados de saúde; vi) o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes, (Marshall; Davies, 2001; Cheng; Song, 2004; Larsson; *et al.*, 2005).

Do vasto conjunto de ferramentas e de estratégias disponíveis para avaliar a qualidade na área da saúde, a acreditação, as auditorias clínicas e a avaliação de resultados (*outcomes research*), têm sido as mais commumente utilizadas e, concomitantemente, as que apresentam uma base de evidência mais sólida (Mainz, 2003; Veillard *et al.*, 2005).

O conceito de acreditação está ligado a um sistema de avaliação externa, periódica e voluntária do cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Romano, 2005).

São vários os países que têm em curso programas de acreditação das suas instituições de saúde, uns de carácter voluntário, de que Portugal é exemplo, outros com cariz obrigatório, como são os casos da França, dos Estados Unidos da América e da Austrália (Pomey *et al.*, 2005). O princípio da acreditação, que assenta na demonstração de que, a uma dada instituição é reconhecida a prestação de serviços de qualidade, apresenta contornos similares e ampla homogeneidade nos procedimentos, regras e objectivos que lhes estão subjacentes. Os primeiros passos na área da acreditação de organizações de saúde foram dados na década de 1920, por Flexner, a partir do seu programa de padronização hospitalar (*Hospital Standardization Program*), que mais tarde iria dar lugar à criação da *Joint Commision of Healthcare Organization* (JCAHO), hoje considerada a maior organização de acreditação do mundo, tendo acreditado mais de 85% dos hospitais nos Estados Unidos da América (USA. *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, 1993).

As auditorias clínicas tiveram origem nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos 50, com Lembecke, que descreveu, pela primeira vez, formas de auditoria clínica com rigor técnico-científico. Mais recentemente esta prática foi recuperada e relançada no Reino Unido como um dos principais conceitos em que se materializa o movimento de *Clinical Governance* (Richie *et al.*, 2005). Pode-se definir auditoria clínica, como um processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado inter-pares, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, consequentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos (UK. *National Health Service Wales*, 2003).

A análise da variabilidade na prática clínica e, principalmente, nos resultados decorrentes da prestação de cuidados de saúde, tem hoje um estatuto central na avaliação da qualidade em saúde (Carneiro, 2003). Relativamente à primeira questão, variabilidade na prática clínica, os esforços têm-se centrado no desenvolvimento de normas de orientação clínica (*guidelines*), cujo objectivo é definir práticas de excelência baseadas na melhor evidência disponível. No que diz respeito à análise de resultados em saúde, clínicos e económicos, é uma área relativamente recente

que se encontra intimamente ligada ao conceito anglosaxónico de *Outcomes Research*. Esta «nova» abordagem, procura analisar e perceber os resultados de uma intervenção clínica, bem como os factores que a influenciam, possibilitando, desta forma, uma perspectiva focalizada e, simultaneamente, global da qualidade em saúde.

Do exposto podemos constatar que existe uma multiplicidade de abordagens e de modelos possíveis para avaliar a qualidade no sector da saúde. Não obstante a sua diversidade, podemos encontrar alguns pontos semelhantes, nas diferentes abordagens, como sejam a utilização de indicadores para medir e monitorizar os níveis/padrões de qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos importante fazer aqui referência aos modelos de avaliação da qualidade descritos por Maxwell e por Donabedian, por serem os dois mais conhecidos e amplamente utilizados, um pouco por todo o mundo. Paralelamente ambos apresentam em comum o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde sob a forma de dimensões, possibilitando análises mais específicas e integradas.

3.1. Modelo de Maxwell

Um dos principais contributos para o debate acerca da avaliação da qualidade foi dado por Robert Maxwell, no início da década de 1990, sendo ainda hoje visível, um pouco por todo o mundo, a sua influência quer ao nível das práticas, quer das políticas de avaliação da qualidade (Melzer, 2006). Ao operacionalizar o conceito, amplo e por vezes abstracto, de qualidade em saúde em seis dimensões, tornou possível objectivar a sua medição e consequentemente a sua avaliação. A necessidade de definir um modelo assente em dimensões específicas, para medir a qualidade em saúde, adveio da abrangência, da multidisciplinariedade e da complexidade que caracterizava tal tarefa.

O modelo multidimensional, definido por Maxwell, é baseado em seis facetas distintas da qualidade, nomeadamente, **i) efectividade**, prende-se com o efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção; **ii) eficiência**, diz respeito a produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou com os mesmos recursos maximizar os efeitos; **iii) aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente (qualidade percebida)**, tem a ver, essencialmente com o grau de satisfação e expectativas dos doentes e com as opiniões, sugestões, reclamações; **iv) acessibilidade**, diz respeito às condições em que o acesso a cuidados de saúde é feito, incluindo os factores que condicionam esse acesso; **v) equidade**, reflecte em que medida, para necessidades diferentes, existem respostas diferentes, tendo em conta a razoabilidade e a justiça nas opções tomadas e o conhecimento disponível; **vi)**

segurança, relaciona-se com a ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde e que causam dano ou incapacidade (Maxwell, 1992).

A definição deste modelo veio permitir avaliar a qualidade, quer a um nível específico, quando se analisa uma das dimensões, quer numa perspectiva mais global e integrada, quando se avaliam duas ou mais dimensões em simultâneo.

3.2. Modelo de Donabedian (tríade de Donabedian)

Considerado por muitos autores como o «pai» do «moderno» movimento de avaliação da qualidade na área da saúde (Best; Neuhauser, 2004), Donabedian teve como principal contributo a criação do modelo de avaliação da qualidade, definido em meados dos anos 60, assente na tríade **estrutura**, **processo** e **resultados**.

A componente **estrutura** é caracterizada por aspectos relativamente estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho. O **processo**, diz respeito ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes/doentes, bem como as respostas destes, e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as acções preventivas. Os **resultados**, referem-se tanto aos níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos utentes/doentes (Brook; McGlynn; Cleary, 1996).

Não obstante ser amplamente consensual, o modelo definido por Donabedian desencadeou diferentes movimentos consoante a componente que era mais valorizada na avaliação da qualidade. Vários autores consideraram que a análise da qualidade devia privilegiar os padrões e as normas da estrutura e do processo, considerando também importante uma revisão dos resultados, principalmente naqueles casos onde ocorreram eventos adversos (Schiff; Rucker, 2001).

Esse tipo de abordagem teve por base o período inicial do problema relacionado com as variações na prática clínica, cujo expoente máximo assentava na definição de normas de orientação clínicas, também denominadas *guidelines*, no sentido de uniformizar os processos de diagnóstico, tratamento e prevenção, baseadas na melhor evidência disponível.

Mais tarde alargou-se a discussão da variabilidade da prática clínica à variabilidade dos resultados obtidos e, principalmente, à sua inter-relação, tendo em conta a análise dos custos, económicos e sociais, associados a essas variações.

Apesar de, no período entre a década de 1970 e a primeira metade dos anos 90, terem sido privilegiadas abordagens centradas na avaliação dos aspectos relaciona-

dos com a estrutura e o processo, verificou-se, de algum tempo a esta parte, uma mudança desse paradigma, principalmente em países com conhecimentos e práticas bastante desenvolvidos a esse nível, de que são exemplo os Estados Unidos da América, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e a França, (WHO, 2003).

O enfoque incide agora mais na análise dos resultados – *outcomes*, tendo sempre presente os laços indissociáveis entre os três aspectos, na medida em que a identificação de um resultado menos favorável que o expectável, possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adopção de abordagens globais e integradas.

Para os profissionais de saúde e para os doentes, a investigação de resultados fornece evidência acerca dos benefícios, riscos e resultados dos cuidados prestados, permitindo-lhes desta forma tomar decisões mais informadas.

Para os gestores da saúde e para os financiadores, a análise de resultados pode ajudar a identificar estratégias potencialmente efectivas que devem ser implementadas no sentido de melhorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde.

Ao relacionar os cuidados que os doentes recebem, com os *outcomes* neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 2002).

4. Considerações Finais

As expectativas dos doentes são hoje mais elevadas do que nunca. Para isso contribuíram, entre outros factores, os avanços verificados ao nível da ciência; os desenvolvimentos tecnológicos; a facilidade no acesso e difusão da informação e; a mudança de cultura para uma lógica de exigência e responsabilidade social (*accountability*).

Não obstante o potencial de transformação e inovação dos serviços de saúde ser enorme, torna-se necessário a melhoria permanente da qualidade, voltada para o atendimento das necessidades, das expectativas e da satisfação da população que recorre a estes serviços.

Uma garantia fundamental, implícita em todos os níveis e dimensões dos cuidados de saúde, que deve ser assumida pelos profissionais da área e partilhada com o doente, é que as falhas e os erros são realidades incontornáveis na prestação de cuidados de saúde, mesmo quando se trate de técnicas, diagnosticas ou terapêuti-

cas, amplamente consensuais e realizadas por equipas altamente especializadas e com o recurso a equipamentos de «última geração». A prestação de cuidados de saúde é, pela sua natureza, uma actividade que envolve riscos. Mas esses riscos são, na maioria das vezes, pouco frequentes e normalmente quantificáveis.

Paralelamente, a necessidade de avaliação do desempenho/qualidade dos sistemas de saúde (ou dos cuidados de saúde prestados a uma determinada população) é hoje uma questão central nas agendas políticas dos vários governos, um pouco por todo o mundo.

Desta forma, ganha particular importância a definição de políticas que visem a melhoria e a garantia de elevados padrões de qualidade e, consequente monitorização e análise desses padrões/resultados (avaliação da qualidade). Tais acções constituem, sem dúvida, uma das principais áreas de investigação e de actuação no campo da saúde, em geral, e da saúde pública em particular.

Referências

- BERWICK, D.M. (1996). «Payment by capitation and the quality of care». *The New England Journal of Medicine*, 335: 16 (October 1996), pp 1227-1231.
- BEST, M.; NEUHAUSER, D. (2004). «Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet». *Quality & Safety in Health Care*, 13: 6 (2004), pp 472-473.
- BISCAIA, J. L. (2002). «Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual», *Revista Qualidade em Saúde*, 6 (2002), pp 6-10.
- BLUMENTHAL, D. (1996). «Quality of health care. Part 4: the origins of the quality-of-care debate», *The New England Journal of Medicine*, 335: 15, pp 1146-1149.
- BOWERS, M.R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W.F. (1994). «What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery», *Health Care Management Review*, 19: 4, pp 49-55.
- BROOK, R. H.; MCGLYNN, E. A.; CLEARY, P.D. (1996). «Measuring quality of care», *The New England Journal of Medicine*, 335: 13, pp 966-970.
- CARNEIRO, A. V. (2003). «Análise de subgrupos em ensaios clínicos terapêuticos», in Carneiro, A.V., ed. lit. – *Cardiologia baseada na evidência*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, pp 209-216.
- COMISSÃO EUROPEIA (2000). *A qualidade dos cuidados de saúde: actividades hospitalares: relatório do Grupo de Trabalho para a Qualidade dos Cuidados Hospitalares*. Lisboa: Comissão Permanente dos Hospitais da União Europeia.
- DEMING, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: Center for Advanced Engineering. Massachusetts' Institute of Technology.
- DEMING, W. E. (1994). *The Deming management method: the complete guide to quality management*. New York: The Berkley Publishing Group.

- DONABEDIAN, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- IMPERATORI, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.
- JACKSON, S. (2001). «Successfully implementing total quality management tools within health-care; what are the key actions?», *International Journal of Health Care Assurance*, 14: 4, pp 157-163.
- JURAN, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality*. New York: Free Press.
- LARSSON, B.W. [et al.], (2005). «International comparison of patients' views on quality of care», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18: 1, pp 62-73.
- LEATHERMAN, S. [et al.], (2003). «The business case for quality: case study and an analysis», *Health Affairs*, 22: 2, pp 17-30.
- MAINZ, J. (2003). «Defining and classifying clinical indicators for quality improvement», *International Journal for Quality in Health Care*, 15: 6, pp 523-530.
- MARSHALL, M.N.; DAVIES, H. (2001). «Public release of information on quality of care: how are health services and public expected to respond?», *Journal of Health Services Research and Policy*, 6: 3, pp 158-162.
- MAXWELL, R. (1992). «Dimensions of quality revisited: from thought to action», *Quality & Safety in Health Care*, 1, pp 171-177.
- MELZER, D. (2006). «Improving quality in health care», in Pencheon, D. [et al.] – *Oxford handbook of public health practice*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, pp 428-466.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento. Ministério da Saúde.
- ØVRETVEIT, J. (2001). «Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries», *International Journal of Health Planning and Management*, 16, pp 229-241.
- ØVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. (2002). «Evaluation of quality improvement programmes», *Quality & Safety in Health Care*, 11, pp 270-275.
- PALMER, R.H (1982). «A review of methods for ambulatory medical care evaluation», *Medical Care*, 20, pp 758-81.
- POMEY, M.P. [et al.]. (2005). «Paradoxes of French accreditation», *Quality & Safety in Health Care*, 14: 1, pp 51-55.
- RITCHIE, K. [et al.]. (2005). «Clinical governance: what does it mean for NHS Scotland?», *Scottish Medical Journal*, 50: 4, pp 147-149.
- ROMANO, P.S. (2005). «Improving the quality of hospital care in America», *The New England Journal of Medicine*, 353: 3, pp 302-304.
- SCHIFF, G. D.; RUCKER, T.D. (2001). «Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality», *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27: 3, pp 169-174.
- U.K. NATIONAL HEALTH SERVICE WALES. (2003). *An introduction to clinic audit*. Cardiff: Welsh Assembly Government.
- USA. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS (1993). *The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO Editions.

- VAN TIEL, F.H. [et al.] (2006). «Plan-do-study-act cycles as an instrument for improvement of compliance with infection control measures in care of patients after cardiothoracic surgery», *Journal of Hospital Infection*, 62: 1 (Nov 2006), pp 64-70.
- VEILLARD, J. [et al.] (2005). «A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project», *International Journal for Quality in Health Care*, 17: 6, pp 487-496.
- WALLEY, P.; GOWLAND, B. (2004). «Completing the circle: from PD to PDSA», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17: 6, pp 349-358.
- WHEATLAND, B. [et al.] (2006). «Initiating a PDSA cycle: improving management of diabetes in rural WA», *Australian Family Physician*, 35: 8 (Aug 2006), pp 650-654.
- WHO (2003). *Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimension*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health system*. Geneva: World Health Organization.

Portugal: centros de saúde, qualidade e governação clínica

Rui Lourenço

Presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve

Resumo: É apresentado no presente artigo uma reflexão sobre os caminhos para a governação clínica nos centros de saúde e as suas implicações no contexto da qualidade na organização da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Governação clínica; Qualidade; Centros de Saúde.

Abstract: Is presented in this article a reflection about clinical governance applied in primary health care centres and their implications in the context of quality of health care organisation.

Keywords: Clinical governance; Quality; Primary Health Care centres.

1. Cuidados de Saúde Primários em Portugal, evolução histórica

Portugal tem uma longa história de Cuidados de Saúde Primários. Se tivermos em conta a Declaração da Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata em 1978 (WHO, 1978) e o conceito e características aí definidos: um conjunto de actividades; um nível de cuidados; uma estratégia para organizar os serviços de cuidados de saúde e uma filosofia de sistema de saúde, podemos considerar que a história dos Centros de Saúde em Portugal remonta a 1971.

Nos últimos 38 anos, os Centros de Saúde têm constituído a arquitectura organizativa base dos cuidados de saúde primários em Portugal, cobrindo todo o território

nacional. Desde a sua fundação em 1971, que podemos distinguir historicamente a sua evolução em 3 períodos distintos, ou gerações (Branco e Ramos, 2001).

A 1.^a geração, iniciada em 1971, integrou numerosas instituições com missões preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical, numa rede orientada para as comunidades locais. Manteve-se após a Revolução Democrática de Abril de 1974, permanecendo após a constituição do Serviço Nacional de Saúde em 1979, compreendia as actividades de vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e actividades de autoridade de saúde. À época os cuidados curativos de ambulatório eram prestados predominantemente pelos Serviço-Médicos Socais, das Caixas de Previdência, onde trabalhavam médicos não especialistas em medicina geral e familiar a tempo parcial.

Em 1983, teve início a 2.^a geração de Centros de Saúde, após a criação da nova especialidade médica de medicina geral e familiar em 1982, integrando os primeiros Centros de Saúde e os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, permitindo a afirmação das diversas linhas profissionais, mas mostrando-se limitados na acessibilidade às consultas, nas visitas domiciliárias médicas e na programação de objectivos em saúde.

Em 1996, após longos anos de discussão sobre a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde primários, o Ministério da Saúde relançou o debate acerca do futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde, promovendo o desenvolvimento de experiências no terreno, quer no campo da organização, quer no campo das remunerações, ao mesmo tempo que preparava um novo enquadramento legislativo, que viria a ser aprovado em 1999, criando-se os Centros de Saúde de 3.^a Geração (Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio). Em 2002, quando o processo de implementação dos novos Centros de Saúde estava em marcha, uma mudança na governação do país suspendeu a sua aplicação, acabando o novo Governo por aprovar um novo diploma, que também não seria aplicado devido à grande contestação por parte dos profissionais de saúde (Decreto-lei n.º 60/2003 de 1 de Abril), (OPSS, 2003).

2. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2005 e Governação Clínica

Em 2005, com a entrada de um novo Governo, resultante de eleições legislativas antecipadas, inicia-se um novo processo de reconfiguração dos centros de saúde,

através de um processo de reforma com vista à criação e implementação num primeiro momento de Unidades de Saúde Familiar e num segundo momento à reconfiguração da estrutura funcional e organizacional dos Centros de Saúde reconfigurados. A reforma conduzida por uma Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP nomeada em 2005 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 12 Outubro 2005), em estreita colaboração com as Administrações Regionais de Saúde, levou à criação de 202 Unidades de Saúde Familiar (Setembro 2009) e à reorganização de toda a arquitectura dos Centros de Saúde, agora reconfigurados em Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Estes novos Agrupamentos de Centros de Saúde caracterizam-se por disporem: de uma estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, cooperantes entre si e complementares, organizadas em rede; de autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade; de órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional; de sistemas de liderança e de governação clínica e técnica bem definidos e de mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos.

Com a criação dos Conselhos Clínicos, Artigos 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, constituídos por 4 elementos, de que fazem parte 1 médico com a especialidade de medicina geral e familiar, que preside, 1 médico com a especialidade de saúde pública, 1 enfermeiro especialista e 1 profissional nomeado de entre os profissionais do ACES, passa a ser possível desenvolver em Portugal o conceito de governação clínica, expresso nas suas competências. Os Conselhos Clínicos devem possuir *«conhecimentos técnicos em cuidados de saúde primários, prática em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco»* e têm como competências *«a) avaliar a efectividade dos cuidados de saúde prestados; b) dar directivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais; c) fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; d) aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes; e) Propor ao director executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;»*.

É assim possível, de acordo com relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, SNS – Proximidade com Qualidade (2009), *«... pela primeira vez na história dos CSP em Portugal, e num processo pioneiro a nível*

internacional, desenvolver o conceito, uma cultura, métodos, instrumentos e práticas de governação clínica e de saúde em CSP. Esta abordagem combina as componentes da “clinical governance” iniciada no Reino Unido (derivada dos métodos e processos da melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde e de segurança do doente) com a corrente de “health governance” orientada para objectivos de ganhos de saúde e de bem-estar a nível de grupos e de populações.»

3. Governação Clínica e Qualidade em Cuidados de Saúde Primários

O conceito de Governação Clínica foi introduzido no Reino Unido em 1997, como uma das ideias centrais do Relatório «The new NHS: modern, dependable» produzido pelo Governo Britânico, com o objectivo de modernizar o «National Health Service – NHS» e promover a melhoria da qualidade (Department of Health, NHS, 1997).

Desde o início do «National Health Service», após a II Guerra Mundial e até à sua reforma do final dos anos 90, o conceito de Qualidade nos cuidados de saúde sofreu uma profunda mais tranquila revolução (Donaldson, 2009). Nos primeiros anos do NHS, o conceito de Qualidade, estava implícito e era assegurado pelas competências e pelo treino dos profissionais, as melhorias nos padrões dos cuidados de saúde prestados desde a sua criação eram publicamente reconhecidas e reflectiam-se na equidade do acesso e da prestação. À época a Qualidade era vista de uma forma paternalista e os pacientes/utentes como intervenientes passivos no processo de cuidados. No final dos anos 60 e nos anos 70, produziram-se importantes alterações na forma como se começou a pensar a Qualidade, a partir dos trabalhos de Donabedian (1996) e da sua tríade da Qualidade (estrutura, processo e resultados). Ao longo dos anos seguintes surgiram em todos os países desenvolvidos, abordagens por parte dos investigadores em saúde e das universidades acerca da Qualidade em Saúde, nas suas diversas componentes e definições, «*quality of health services*», «*quality assessment*», «*quality assurance*», «*quality control*», mas quase sempre difíceis de levar à prática (Vuori, 1982).

A definição de Governação Clínica caracterizada em 1998, no documento «A First Class Service – Quality in the new NHS» (Department of Health, NHS, 1997) como «*um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade dos seus serviços e*

pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos», introduz para além de uma dimensão organizacional, o conceito de «*accountability*» (responsabilização, prestação de contas). Os princípios fundamentais da governação clínica aí explicitados são, Figura 1: a clara definição da responsabilidade pela qualidade dos cuidados clínicos; a existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, BEM, Normas de Orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); planos de educação e treino; gestão do risco e programas integrados de identificação e correcção do mau desempenho (Starey, 1999).

Figura 1 – Elementos da Governação Clínica



Fonte: Nigel Starey (1999).

4. Governação Clínica nos ACES, presente e futuro

Como vimos anteriormente a reforma dos cuidados de saúde primários em curso, resulta por um lado da reorganização de uma rede de pequenas unidades, descentralizadas, multiprofissionais, de estrutura permanente, organizadas para assegurar a prestação de cuidados à pessoa e à família, e para assegurar intervenções na comunidade, e por outro lado da concentração de meios e de recursos escassos,

através da criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, quer para fins de gestão organizacional, quer para harmonização e liderança técnico-científica, quer para apoio ao funcionamento das unidades. O relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, SNS – Proximidade com Qualidade, aponta como uma característica para o estabelecimento da marca SNS – proximidade com qualidade a «*Melhoria contínua da qualidade através de hierarquias técnicas e da governação clínica*», realçando o papel determinante da Governação Clínica na implementação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde e na Gestão da Mudança.

É neste contexto que surgiu em Dezembro de 2008, por decisão do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo, I.P., um projecto de dinamização dos Conselhos Clínicos dos ACES (Projecto DiCCA), em colaboração com a MCSP. A finalidade deste projecto é desenvolver uma cultura de governação clínica e de saúde nos CSP, harmonizando a linguagem, a visão, os procedimentos e os instrumentos de trabalho, estando a neste momento a decorrer projectos semelhantes nas outras regiões de saúde. Do trabalho já realizado pelo Grupo Dinamizador dos Conselhos Clínicos dos ACES (Projecto DiCCA), salienta-se a construção de um Manual de Governação Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários, através do modelo de criação de uma enciclopédia interativa online e livre, «Wiki», elaborada por várias pessoas (<http://www.healthaction21.eu/node/94>). Do trabalho já realizado sublinha-se a proposta de definição de governação clínica e de saúde, publicada na Revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários de Junho 2009, «*A governação clínica e de saúde é um processo complexo não susceptível de ser resumido numa simples definição, embora possa tentar-se aproximações como, por exemplo: Sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de pilotagem clínica individual, de equipas e de serviços de cuidados de saúde primários, visando obter resultados em termos de efectividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades de uma área geográfica definida, com o envolvimento empenhado de todos (profissionais, utentes e parceiros da comunidade), através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde.*» (Ramos, 2009)

O caminho para o desenvolvimento da governação clínica nos Centros de Saúde portugueses ainda agora começou, agora que estão criados os Agrupamentos dos Centros de Saúde e constituídos os Conselhos Clínicos, é possível fazer com que a governação clínica e de saúde (Dodgson, Lee, Drager, 2002) possam dar passos elementares e seguros. Os Conselhos Clínicos têm na sua mão a oportunidade para ultrapassar a gestão burocrática e centralizada, que muitas vezes desperdiça a finalidade dos objectivos a atingir, mostrando pouca consideração pelas pessoas e ignorando os métodos e os instrumentos da Qualidade. De acordo com Ramos V. (2009)

«A boa governação clínica e de saúde baseia-se numa abordagem descentralizada multinível, com autonomia na linha da frente, estimulando o brio, a criatividade e o envolvimento entusiástico de todos. Os seus princípios, estratégias e práticas devem estar presentes em todos os pontos da organização. Esta abordagem descentralizada e participativa envolve e inspira os profissionais e as equipas e, como consequência, influencia os processos e os resultados do conjunto. Cabe aos conselhos clínicos liderar este processo, o qual exige envolver e implicar cada profissional, cada equipa, cada unidade, todas as unidades, e dedicar uma atenção especial às formas de interligação e à cooperação entre as diversas unidades.»

Referências

- Branco A. Ramos V., (2001). «Cuidados de saúde primários em Portugal», *Revista Portuguesa Saúde Pública*, Volume Temático: 2, pp 5-10.
- Department of Health (1997). *First Class Service – quality in the new NHS*. The Stationery Office, London.
- http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902.
- Department of Health (1997). *The new NHS: modern, dependable*. London.
- <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>.
- Dodgson R, Lee K, Drager N. (2002). *Global Health Governance. A CONCEPTUAL REVIEW*, Discussion Paper n.º 1, Dept. of Health & Development World Health Organization, Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine, London.
- Donabedian, A. 1966. «Evaluating the quality of medical care», *Milbank Memorial Fund quarterly*, 44: pp 166-206.
- Donaldson L., (2009). «Clinical governance: a quality concept», in *Clinical Governance in Primary Care*, Edited by Tin van Zwanenberg and Jamie Harrison, Radcliffe Medical Press, reprinted 2009, Oxford; pp 3-16.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009), *Relatório SNS – Proximidade com Qualidade*, Fevereiro 2009; <http://www.usf-an.net/pdf/RGCRCSPPdf>.
- Grupo Dinamizador dos Conselhos Clínicos dos ACES (s.d.), *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários*, <http://www.healthaction21.eu/node/94>.
- Observatório Português de Sistemas de Saúde (2003), *Relatório da Primavera 2003, Saúde que rupturas?* www.observaport.org/OPSS/Relatorios/.
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio.
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-lei n.º 60/2003 de 1 de Abril.
- Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 12 Outubro 2005.

- Ramos V., (2009). «GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE em Cuidados de Saúde Primários», *Revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários*.
http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_103/revista_junho2009.pdf.
- Starey N. (1999). «What is clinical governance?», *Hayward Medical Communications*,
<http://www.evidence-based-medicine.co.uk/default.html>.
- Vuori H. V. (1982). *Quality Assurance of Health Services, Concepts and Methodology*, Public Health in Europe 16, Regional Office for Europe, WHO, Copenhagen.
- World Health Organization (1978), *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

Visão simbiótica de qualidade em saúde – busca contínua pela melhoria

Silvana Cardoso Revez

Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital de Faro, E.P.E.
silvanarevez@gmail.com

Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

Resumo: A sociedade moderna tem sido alvo de profundas mudanças a nível político, social e económico. No campo da saúde estas alterações influenciam a orgânica das políticas institucionais e da gestão dos recursos. A qualidade, como processo contínuo de obtenção de resultados desejados, é a força motriz, para a implementação de novas estratégias, face às novas exigências a implementar. Contudo, a tomada de decisão na escolha das melhores estratégias não é um processo linear. O processo de melhoria e desenvolvimento da qualidade implica a envolvimento de uma rede organizada de actores sociais e políticas organizacionais, que deverão ser tidas em conta. O utente torna-se o ponto nuclear quando se fala de qualidade em saúde, uma vez que os serviços, as pessoas e os processos, moldam-se para ir de encontro às suas exigências. Numa visão simbiótica, a acção colectiva entre actores é crucial quando se pretende uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Qualidade, Actores sociais, Melhoria contínua, Mudança.

Abstract: Modern society has been suffer profound changes in political, social and economic levels. In health these changes influence the institutional policies and resource management. The quality, as a continuous process of obtaining desired results, is the driving force for the implementation of new strategies, given the perceived requirements. But the decision in choosing the best strategies is not a linear process. The process of improvement and development of quality involves surrounding an organized network of social actors and organizational policies that should be taken into account. The user becomes the nuclear point, when speaking of quality in health, since the services, people

and processes, shape it to meet its requirements in the search for satisfaction. Collective action in a dynamic of positive dialogue between actors, is part of a symbiotic vision, when you want to improved quality of health service.

Keywords: Quality, stakeholders, continuous improvement, change.

1. Introdução

Não haverá, hoje em dia, nenhuma intervenção na área da saúde, ou que sobre ela incida, que não teça considerações, questione ou manifeste preocupação sobre a qualidade na saúde, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos (Biscaia, 2007). Na área da saúde, a aparente unanimidade, bem como a relativa naturalidade e facilidade em lidar com conceitos e metodologias relativamente recentes, suscita algumas questões. A qualidade na saúde deverá ser analisada no contexto de um sistema de saúde, inserido numa sociedade complexa, em permanente evolução. (Biscaia, 2007).

Vivemos a tão preconizada sociedade da informação, a acessibilidade e a partilha de informação, antevê um processo de verdadeira *intoxicação informativa*. As notícias dos avanços e sucessos da Medicina criam legítimas expectativas, mas por vezes inadequadas; de igual modo, originam falsos medos e determinam alterações de comportamentos (Biscaia, 2007). Vivemos numa clara orientação para os resultados: há uma afirmação – por vezes excessiva – dos direitos, com o esquecimento frequente dos deveres; há uma noção utilitária e imediatista dos bens e serviços, numa exigência de sucesso que não aceita a normal variação em saúde (Pisco, 2007). Vivemos uma crescente exigência de participação, num natural exercício de cidadania, coexistindo uma afirmação de autonomia, quer dos cidadãos, quer dos profissionais (Pisco, 2007). Nesta realidade, o sistema de saúde, num contexto de recursos finitos, no seio de organizações burocratizadas e resistente à mudança é confrontado com um sistema onde a saúde é considerada – e assumida – como um bem social (Biscaia, 2007). Por fim, exige que sejam garantidos, a todos os cidadãos, equidade face à saúde e à doença, e à continuidade de cuidados (Pisco, 2007).

A Qualidade na Saúde surge, assim, como uma exigência de todos (Pisco, 2007). Pela sua especificidade, apresenta algumas características que a diferenciam de outros sectores. Busca satisfazer – e diminuir – as necessidades, não respondendo somente à procura, visa oferecer mais do que as carências, deve ser, portanto, proactiva – de modo a prevenir e dar resposta (WHO, 2009). Reúne, integra-

damente, como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade, a acessibilidade, a equidade e a segurança (WHO, 2006). A melhoria contínua da Qualidade na Saúde concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objectivos: corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação colectiva (Øvretveit, 2003).

Neste sentido, de acção colectiva face às mudanças sociais, à busca contínua pela melhoria de cuidados, pela satisfação de utilizadores e prestadores de cuidados, esta reflexão pretende descortinar as relações existentes nos diferentes actores sociais. Numa visão idealística das redes comunicacionais e na partilha de tomada de decisões face à implementação de estratégias para o desenvolvimento de qualidade nos serviços de saúde, pretende-se reflectir sobre o papel e responsabilidades dos seus intervenientes, analisando um modelo de intervenção para a implementação de estratégias para a melhoria da qualidade.

Num sistema social, peculiar pelas suas características, como é o sistema de saúde, ambiciona-se a análise dos processos de simbiose na procura da qualidade, dando enfoque ao «novo» doente, com papel activo nas tomadas de decisões. Para tal, é necessário, primeiramente, fazer uma breve conceptualização da qualidade, do sistema de qualidade, analisando os passos do sistema português, em busca da melhoria da qualidade, face às exigências actuais.

2. Desenvolvimento

2.1. Foco na Qualidade

O ponto de partida, desta reflexão em torno da simbiose relacional, centra-se na compreensão de Qualidade. Qualidade como conceito, qualidade como meta a atingir.

A preocupação com a promoção da Qualidade nos serviços de saúde é uma realidade tanto nos países desenvolvidos, que tem de antecipar mudanças e obter resultados face às expectativas dos utentes, como nos países em vias de desenvolvimento, orientados para otimizar os recursos e garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (WHO, 2006).

Na literatura encontram-se inúmeras definições de Qualidade, conceptualizando-a em termos de cuidados de saúde e de sistemas de saúde (WHO; 2006). Neste enquadramento, o sistema de saúde deve procurar reunir as seis dimensões ou

áreas da qualidade, para garantir que os cuidados prestados apresentem: efectividade, eficiência, acessibilidade, aceitação, equidade e segurança (WHO, 2006). Na dinâmica dos serviços de saúde, qualquer que sejam as tomadas de decisão deverão respeitar estas diversas dimensões (Barros, 1998).

A qualidade garante, aos Serviços de Saúde, com o actual nível de conhecimentos, a possibilidade de obter o maior número de resultados desejados e reduzir a possibilidade de obtenção de resultados indesejados. (JCAHCO, 1993 in Pisco, 2007). A presença de qualidade assegura aos utentes a existência de um nível aceitável de cuidados (Ministério da Saúde, 1998, in Barros 1998).

É provavelmente mais difícil definir níveis de qualidade de serviço na saúde do que noutros serviços. Isto acontece não só por estar em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde (Eiriz, Figueiredo, 2004)

Segundo Grönroos (1994), a qualidade nos serviços deve ser definida pelos utentes. Dito de outra forma, é a percepção de qualidade que o utente tem do serviço que deverá ser estudada. Já Garvin (1988) fez uma abordagem diferente à qualidade, baseada na ideia de que esta depende do contexto, mostrando assim a necessidade de coordenar esforços no interior da organização, no sentido de desenvolver uma melhor abordagem à qualidade. No entanto, como foi referido por Lovelock *et al.* (1999), a investigação de Garvin foi orientada para as actividades industriais. No que concerne aos serviços, Parasuraman *et al.* (1985) identificaram dez critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço, os quais foram posteriormente (Parasuraman *et al.*, 1988) agregados em cinco grandes dimensões: aspectos tangíveis (aspecto dos elementos físicos); confiança (desempenho de acordo com as expectativas); conformidade (prontidão e utilidade); garantia (competência, cortesia, credibilidade e segurança; empatia (acesso, comunicação e compreensão do cliente). Evans *et al.* (2001) colocaram a questão da qualidade do sistema de saúde como uma questão de resultados nos diferentes níveis do próprio sistema, em detrimento da avaliação dos vários processos a ele inerentes. Esta perspectiva coloca uma dificuldade maior, que é tentar correlacionar resultados com uma variável específica. Ou seja, não é fácil, por exemplo, tentar relacionar o facto de que um maior nível de investimento na formação dos fisioterapeutas contribuir para uma diminuição da taxa de morbilidade. Um outro aspecto a ter em conta é o nível de expectativas dos utentes face ao sistema de saúde em termos de capacidade de resposta (Evans *et al.*, 2001). Como é sabido, o resultado global do sistema de saúde está a aumentar a cada momento (por exemplo, a esperança média de vida continua a aumentar), o qual contribui para um constante aumento das expectativas dos utentes (Biscaia, 2007). Podendo, no limite, levar a algum desapontamento e à percepção de uma diminuição da qualidade, ainda que não real (Biscaia, 2007).

2.2. Foco no Sistema de Qualidade

O avanço da Medicina aliado à inovação e tecnicismo confluentes, fez florescer a necessidade de desenvolver um sistema, que garantisse a prevalência da qualidade nos cuidados (WHO, 2006). Na perspectiva de garantir e melhorar a qualidade, o sistema deve-se organizar de forma a ir ao encontro das expectativas, tanto dos utilizadores como dos prestadores (WHO, 2006).

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada, quer pela OMS Europa, na Declaração «Saúde para todos no ano 2000», na sua Meta 31, bem como pelo Conselho da Europa, na sua Recomendação nº17/97 do Conselho de Ministros, sendo consensual a sua definição como «um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados» (Biscaia, 2007).

2.3. Qualidade em saúde o percurso português

Em Portugal, desde os finais dos anos 80, que se vem assistindo a um claro desenvolvimento nesta área, do qual se destacam o normativo que obriga à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde e o grande investimento na Formação em Qualidade na Saúde, feito nos últimos anos (Eiriz e Figueiredo, 2004). Ainda assim, só na viragem do novo século a Qualidade, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de *A Saúde, um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais (Eiriz e Figueiredo, 2004). Desta forma, surgem a definição e assunção de uma Política da Qualidade na Saúde, como indissociável da Política de Saúde, a concepção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde; a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (Biscaia, 2007). O desenvolvimento de diversos projectos e programas de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal, dos quais se destaca, na Qualidade Organizacional, o projecto de monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr) e o Protocolo do IQS com o King's Fund Health Quality System para a área hospitalar; O «Quali-Gest», modelo de autoavaliação da qualidade na gestão, desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ), baseado no modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM) (Biscaia, 2007). A avaliação do grau de satisfação das expectativas dos utentes e profissionais, através de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa, a medição de

estados de saúde, a elaboração de Linhas de Orientação Clínica, com a participação das sociedades científicas, a apresentação de diversos Projectos de Melhoria Contínua, baseados na avaliação interpares e, ainda, o desenvolvimento das metodologias de acreditação em saúde (Biscaia, 2007).

Actualmente, o Plano Nacional de Saúde prevê as estratégias em termos de gestão de qualidade 2004 – 2010. Em relação aos sistemas organizacionais refere que os diagnósticos efectuados e publicados, referentes ao desempenho dos serviços de saúde, têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais (Ministérios da Saúde, 2004). Aliás, identifica como principais problemas, face à situação actual, a escassa cultura de qualidade, o défice organizacional dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (Ministério da Saúde, 2004).

2.4. Os Actores – A envolvimento num diálogo positivo

A importância e visibilidade dos serviços de saúde estão a aumentar, não só pela maior preocupação que as pessoas colocam perante as questões da sua própria saúde, mas também pela atitude que têm perante tudo o que lhe está relacionado (Eiriz e Figueiredo, 2004).

Neste processo construtivo, assume especial relevância, a presença de um diálogo positivo e construtivo entre todos os actores (utentes, prestadores, gestores, financiadores e políticos) no desenvolvimento da qualidade de cuidados, de modo a garantir coesão nas actividades, promovendo-se a cooperação e o respeito mútuos (Pisco, 2007). Decorre deste pressuposto, que a colaboração entre os diversos profissionais, assim como a orientação das políticas organizacionais, é uma meta a atingir. Todos os actores envolvidos na prestação de cuidados devem participar na criação e aperfeiçoamento dos Sistemas de Melhoria Contínua da Qualidade (Pisco, 2007)

De entre os actores sociais do sistema de saúde, destaca-se pela sua mudança de papel e postura face à organização e aos processos de saúde, o utente. O aumento crescente no grau de exigência dos utentes implica mudanças, não só ao nível das atitudes e comportamentos dos profissionais, mas também, e na mesma medida, ao nível da filosofia e políticas organizacionais (Henochowicz, Hetherington, 2006). Todas estas medidas caminham no sentido da procura contínua e progressiva na melhoria dos cuidados de saúde, enquadrado no conceito diversificado e emergente de qualidade.

Pensar no sistema de saúde e nos actores envolvidos é cogitar nos seus diferentes papéis e responsabilidades, face a esta interacção social. A envolvimento de todos os intervenientes perante as políticas e estratégias de desenvolvimento culmina na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (WHO, 2006). Os prestadores de serviços, quer seja a própria organização em si, ou os trabalhadores a nível colectivo e individual, actuam em consonância com as políticas de qualidade do próprio sistema organizacional (WHO, 2006). Contudo, estes não são os únicos agentes na construção de um sistema de qualidade. Os utilizadores dos serviços actuam como co-produtores da saúde e promoção da qualidade (WHO, 2006). Através da expressão de crenças, expectativas e numa postura de partilha de informação e cooperação na tomada de decisões, permite-lhes conferir um papel crítico e decisivo face à melhoria dos resultados de qualidade (WHO, 2006).

Do interesse de delinear os diferentes papéis e responsabilidades, entre os actores sociais na saúde, surge o desafio de entender as conexões existentes. Expõem-se, assim, três aspectos essenciais.

- Para o desenvolvimento e implementação de novas estratégias, os decisores não poderão descurar as concepções dos prestadores, comunidade e utilizadores dos serviços de saúde (WHO, 2006).
- Os prestadores de cuidados de saúde, em ordem de obter melhores resultados, deverão actuar segundo as normas da política organizacional, em torno de um ambiente potenciador da qualidade, simultaneamente com a compreensão das necessidades e expectativas daqueles que irão servir (WHO, 2006).
- Para que os melhores resultados sejam garantidos, a comunidades e os utilizadores dos serviços deverão ter um papel activo nas políticas de qualidade e na forma como elas são materializadas nos serviços (WHO, 2006).

2.5. Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade na saúde representa uma aposta inequívoca, e relativamente consensual. No entanto, não basta ter uma visão e definir um caminho. É, fundamental, acompanhar e apoiar o processo de mudança, identificando obstáculos e antecipando soluções (Biscaia, 2007). A Melhoria Contínua da Qualidade na saúde é, essencialmente, um processo de mudança. Numa sociedade onde o apetite insaciável de informação, a divulgação de conhecimentos, a partilha de saberes leigos e periciais se torna uma constante, as alterações e mudanças das políticas e filosofias organizacionais são uma realidade a que nenhum sistema se encontra imune (Pisco,

2007). O campo da saúde não é excepção e ao longo dos tempos tem sofrido alterações baseadas no avanço da tecnologia, numa visão de prática baseada na evidência, intervenção focada num novo papel de utente informado, exigente e activo no processo de decisão (Henchowicz, Hetherington, 2006), enaltecendo conceitos que se encontram na ordem do dia, como satisfação e qualidade. Os últimos anos permitiram identificar um conjunto de questões e problemas que condicionam ou podem impedir que esta mudança seja efectiva: as debilidades do enquadramento legal; a inexistência de um sistema de informação; a discriminação negativa; o défice de comunicação externa e interna (Biscaia, 2007).

A gestão deste processo de mudança, representa um grande desafio para todos os actores, com particular relevância para os órgãos políticos e profissões da saúde. Assim, aos decisores políticos e órgãos executivos é exigido uma política com uma aposta clara no desenvolvimento profissional contínuo; que garanta a sustentabilidade do Sistema de Qualidade em Saúde (Biscaia, 2007; Pisco, 2007). Mas também as profissões enfrentam um grande desafio, compete-lhes assumir a liderança ética, técnica e científica deste processo, garantir de forma transparente a adequação dos cuidados de saúde e a auto-regulação da sua qualidade; ter uma estratégia de comunicação interna e externa, contribuindo para uma cidadania mais responsável e autónoma. Em síntese, criar e desenvolver uma cultura da qualidade na saúde (Biscaia, 2007).

O facto de, oito por cento das despesas totais da economia mundial estarem direccionadas para o sistema de saúde e para a forma como os sistemas organizam os recursos e os transformam para satisfazer as necessidades das pessoas, condiciona o estado da Saúde e a optimização da qualidade de cuidados (WHO; 2009).

Analizando um processo de intervenção para o desenvolvimento da qualidade, baseado num modelo cíclico (WHO; 2006), pode-se dividir esta dinâmica em três categorias. Análise, estratégias e implementação, que reflecte compreender o problema, planear, tomar a acção, estudar os resultados e planear novas acções como resposta (WHO, 2006). O que é relevante ressaltar é que, uma vez que vivemos num processo de constante mudança, as estratégias não são fixas, necessitando de uma revisão e adaptação permanentes (WHO, 2006).

A melhoria da qualidade baseia-se na mudança. É importante desde logo, entender a quem está conferido o poder para a tomada de decisão e coloca-lo desde cedo no ciclo de intervenção (WHO, 2006). Após a análise da situação e o estabelecimento de objectivos de saúde, deverão ser definidos os objectivos da qualidade e as estratégias a implementar, tendo em conta o cumprimento das seis dimensões da qualidade (eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, equidade e segurança) (WHO, 2006; Eriz e Figueiredo, 2004).

Conhecida a situação, analisadas as necessidades e determinadas as metas da saúde e da qualidade é fundamental que os decisores trabalhem em torno das opções de intervenção em ordem de descobrir a melhor estratégia de implementação. De acordo com a WHO (2006) existem seis domínios de intervenção onde se pode actuar ao nível da qualidade, sendo geralmente os domínios onde também se focalizam os problemas da qualidade. Liderança. Informação, Compromissos com utentes e população, Normas e Regulamentos, Capacidade Organizacional e Modelos de Cuidados de Saúde. São domínios de interligação e que pretendem facilitar o processo de decisão na escolha da melhor estratégia a implementar, tendo em conta o contexto e os actores envolvidos.

3. Considerações Finais

Os serviços de saúde são um campo social que lida essencialmente com pessoas e, como tal, pela sua natureza e heterogeneidade, têm uma maior complexidade e ambiguidade. (Eiriz e Figueiredo, 2004). É sabido que os utentes são cruciais na definição de qualidade nos serviços. Esta é a visão tradicional e irreduzível na cultura de Marketing. Contudo, numa abordagem mais ampla e completa, na avaliação da qualidade dos serviços de saúde é necessário que se considerem não só os utentes/clientes, mas também outros actores, como profissionais de saúde, gestores, administradores. Esta visão em rede permite abordar a qualidade através de um conceito complexo, dinâmico e integrador.

Direito, privilégio, desafio ou exigência, a qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados (JCAHCO, 1993 *in* Pisco, 2007)

Na transposição para a prática da Fisioterapia, considera-se, nesta visão simbiótica, que o utente surge como enfoque central quando se pretende falar de melhoria de cuidados de saúde. Os serviços e os profissionais adequam-se e reestruturam-se de forma a proporcionar-lhes melhores condições de atendimento, acompanhamento e prestação de cuidados. A satisfação do utente/ cliente agregado a um conceito que tem vindo a ganhar raízes, de qualidade dos serviços de saúde, torna-se o motor direccional das políticas organizacionais, obrigando a mudanças no sistema, nos processos, ou mesmo nos comportamentos dos actores sociais.

Pretender descrever as redes envolvidas nos processos de tomada de decisões, para a melhoria da qualidade em saúde, é um desafio idealista. Esta reflexão cons-

tituiu um exercício de apropriação de conceitos e descrição da própria realidade experienciada. Quando se fala de actores sociais, na saúde, o papel da comunicação assume nos aspectos relacionais uma forte e profunda riqueza, influenciando a dinâmica do sistema. Atendendo à prática profissional e aos processos para a melhoria dos cuidados hospitalares e dos cuidados primários, em geral, e em Fisioterapia, em particular, verifica-se que o foco desta prática centra-se no utente, nas suas necessidades e expectativas. A intervenção molda-se no sentido de garantir a sua satisfação, obtendo, o profissional, o reconhecimento e valorização, que lhe fomentam a motivação e desempenho.

Referências

- BARROS, P. Qualidade em Cuidados de saúde – Avaliação e melhoria. (1998). Encontro Anual da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Disponível em <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/rslvt.pdf>.
- BISCAIA, J. (2007). «Qualidade em Saúde perspectiva conceptual». *Qualidade em Saúde*, Rev. Maio, pp. 6-10.
- EIRIZ, V.; FIGUEIREDO, J. (2004). «Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde», *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Vol. 3, N.º 4, pp. 20-28.
- EVANS, D. B., EDEJER, T. T., LAUER, J., FRENK, J., and MURRAY, C. J. L. (2001). «Measuring quality: from system to the provider», *International Journal for Quality in Healthcare*, 13 (6), pp. 439-446.
- GARVIN, D. A. (1988) *Managing quality*, Chapter 3, New York: The Free Press.
- GRÖNROOS, C. (1994) «From scientific management to service management», *International Journal of Service Industry Management*, 5 (2), pp 5-20.
- HENOCHOWICZ S., HETHERINGTON D. (2006). «Leadership coaching in health care», *Leadership & Organization Development*. Vol 27, no 3, pp. 183-189.
- LOVELOCK, C., VANDERMERWE, S., and LEWIS, B. (eds.) (1999), *Services marketing – A European perspective*, Harlow: Prentice Hall Europe.
- MINISTÉRIOS DA SAÚDE, Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 – Qualidade em Saúde*, Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/ivol2_338.html.
- ØVRETVEIT, J. (2003). «What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?», *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)* Nov. pp. 1-25.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., and BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research, (1985) *Journal of Marketing*, 4 (Fall), pp. 41-50.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., and BERRY, L. (1988). «SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality», *Journal of Retailing*, 64 (1), pp. 12- 40.
- PISCO, L. (2007). «Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços». *Qualidade em Saúde*, IQS. Maio, pp.12-13.

WORD HEATH ORGANIZATION –WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2009). *Health Systems Performance Assessment – Debates, Methods and Empiricism*. Disponível em <http://www.who.int/publications/2003/hspa/en/>.

Desafio para o futuro: usar humor para aumentar a qualidade em saúde

Helena José

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
hjose@ualg.pt

António Abrantes

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
aabrantes@ualg.pt

Resumo: A qualidade dos cuidados de saúde, prestados aos cidadãos, é determinante para o sucesso das organizações de saúde. Os clientes tendem a avaliar a qualidade dos cuidados de acordo com a receptividade que os profissionais de saúde têm para com as suas necessidades individuais. O sistema de saúde teve importantes avanços no último século e os cidadãos esperam que os cuidados de saúde modernos abranjam todas as diferentes possibilidades de ajuda para a situação que vivenciam. O humor é uma dessas possibilidades; um mecanismo de *coping*, e que tem potencial para ajudar as pessoas a viver a vida com alegria e felicidade; a capacidade de aumentar a produtividade e a satisfação profissional e a capacidade de aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Relações interpessoais verdadeiras, credíveis, respeitadas, corteses e onde seja utilizado humor terapêutico, são consideradas por muitos clientes como determinantes para a qualidade dos cuidados que recebem. De entre os resultados globais do uso do humor, entre profissionais de saúde e clientes, entre profissionais apenas ou entre clientes, surge um aumento da qualidade em saúde e o reconhecimento da qualidade das organizações de saúde.

Palavras-chave: Clientes, Cuidados de Saúde; Humor; Profissionais de Saúde; Qualidade em Saúde.

Abstract: For the success of health care organization is important the health care service quality. Patients tend to evaluate health care quality according to the receptiveness to their particular needs. Health care system has made extraordinary advances over the past century and clients expect to get modern health care who includes any of possibilities to help them to deal to their health problems. Humor is one of those possibilities; a coping style, that have potential to help people to live their lives with gratefulness and joy; to enlarge pro-

ductivity and job satisfaction and to increase quality of delivery care. Interpersonal relations with trust, credibility, respect, courtesy and therapeutic humor are considered by clients the most important part of health care quality. In the middle of global results from humor use in relationships between health professionals and clients and among health professionals or clients are health care quality enlargement and the recognition of health care organizations quality.

Keywords: Clients; Health care; Health Care Quality; Health Care Professionals; Humour.

1. Introdução

O humor é uma afirmação de dignidade;
a declaração de superioridade do Homem sobre tudo
o que com ele coexiste.

Romain Gary

Saúde, vista como o equilíbrio face a si próprio e ao mundo que o rodeia é algo que tem repercussões no modo de vida dos cidadãos. De facto, a concepção pessoal de saúde, indica uma forma de estar na vida que faz eco no exercício de qualquer profissão e, no caso concreto, no agir dos profissionais de saúde enquanto tal.

Nestas profissões a noção pessoal de saúde é determinante já que, necessariamente, os profissionais têm que a «deixar de lado» para centrar-se na da pessoa a quem prestam cuidados fazendo, assim, com que esta se sinta satisfeita porque os cuidados foram ao encontro da sua expectativa e prestados de acordo com os princípios definidos para uma boa prática (Finizola, 2007).

Efectivamente três importantes desafios que parecem colocar-se, na actualidade, ao profissional de saúde, passam pela compreensão das relações que as representações e as práticas mantêm com a cultura, pela identificação das forças ou mecanismos utilizados no âmbito dessas experiências culturais e pelo reconhecimento de que ambos são essenciais para práticas de qualidade, elas, também, um marcante desafio para as organizações e sociedade (Abreu, 2003).

Na realidade e numa perspectiva de qualidade em saúde, é exigido, aos prestadores de cuidados, um elevado nível de eficácia e eficiência contudo, em simultâneo e assente numa lógica economicista, é-lhes imposto que trabalhem, muitas vezes, em condições precárias e com reduzidos recursos humanos e materiais. Tem, no entanto, que considerar-se errada a premissa de que para melhorar os cuidados de

saúde há que aumentar os custos, já que esta não tem em conta a interacção entre o custo suportável e a qualidade mínima aceitável, ou seja o mínimo ético desejável (Finizola, 2007).

Apesar disto, e não sendo, por vezes, os poucos recursos impeditivos de uma satisfação do cliente, são-no noutras, e tal circunstância tem um enorme custo que se vê reflectido, geralmente, numa desvalorização, pelo cliente, da capacidade do sistema de saúde e/ou numa depreciação do nível de competência dos profissionais que nele actuam.

A saúde tem, efectivamente, um custo. Mas, hipotecar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas e evitar satisfazer as suas necessidades por receio de custos elevados pode ter (e parece que tem) um valor mais elevado, dada a utilização indevida e a desadequação dos recursos face às reais necessidades das pessoas (José, 2008) e isto leva a inferir que não há modelo de saúde que resista, por muito bom que seja, se é adquirido o equipamento desadequado, se os profissionais não têm a formação apropriada, nem estão devidamente treinados e se há uma má gestão económica.

A medicina moderna tem feito com que os cidadãos acreditem que a natureza os agride, constantemente, com o surgir de novas doenças, que só podem ser curadas pelos médicos (Blech, 2006). Ora, tal facto tem conduzido a um elevadíssimo consumo de cuidados de saúde com a consequente medicalização da vida, o que torna o cidadão, cada vez mais, dependente do sistema de saúde e inverte aquilo que o filósofo francês Voltaire defendia, parece que tão sabiamente: *A arte que os médicos praticam consiste em alegrar o doente até que a natureza o cure* (Blech, 2006). Hoje, este papel da natureza é globalmente desvalorizado e até ironizado, e as práticas culturais e a maioria das terapias complementares olhadas com desconfiança, bem como é menosprezada a possibilidade de, com a sua utilização, conseguir ganhos em saúde.

As práticas de cuidados ganham sentido nas organizações sendo, contudo, necessário (re)pensá-las, dadas as gigantescas transformações nos padrões de saúde-doença e as constantes mudanças político-sociais.

Presentemente, e no contexto dos cuidados de saúde, parece existir um conflito entre as práticas profissionais que os cidadãos desejam e as reformas operadas no sistema de saúde, em todo o mundo (José, 2008). Uma comunicação eficaz parece ser, na actualidade, uma das mais imperiosas necessidades dos clientes, em matéria de cuidados de saúde, e uma das mais valorizadas quando se avalia o seu grau de satisfação face ao sistema e aos cuidados prestados.

Para a satisfação dessa necessidade é indispensável que os profissionais de saúde tenham a capacidade para comunicar de forma responsável e assertiva

(Riley, 2000). A comunicação é um processo fundamental para o ser humano, já que faz do Homem aquilo que ele é, constituindo um componente imprescindível na qualidade das relações interpessoais (José, 2008). Ao comunicar, os profissionais de saúde devem considerar a globalidade da pessoa, abster-se de emitir juízos de valor, bem como reconhecer e aceitar os seus erros (Riley, 2000); este agir comunicativo permite aumentar a qualidade dos cuidados e contribui para a satisfação do cliente, tal como anteriormente referido.

No seio das interacções sociais há que considerar uma importante e poderosa actividade humana que está inerente a todas elas: O humor (Martin, 2008).

O humor é um dos melhores e mais precoces recursos humanos naturais; ter e viver com sentido de humor pode reflectir uma atitude mental que predispõe a viver uma longa vida (Montagu, 1983; Moody, 1996; Martin, 2008). Pensando o humor como uma disposição de ânimo exteriorizada; uma atitude que fundamenta a apresentação da realidade sob um cariz geralmente cómico; crê-se que ele é uma parte essencial da vida diária e uma necessidade humana básica.

O humor afigura-se, portanto, como uma componente fundamental dos cuidados de saúde, sobretudo quando os entendemos centrados no cliente e englobando todas as dimensões possíveis, conducentes a uma maior qualidade.

2. Aumentar a qualidade em saúde, pelo uso do humor

Os profissionais de saúde lidam com vidas humanas e este facto confere-lhes a enorme responsabilidade de alcançar, manter e aumentar os elevados níveis de qualidade dos cuidados que prestam aos cidadãos.

Assegurar a qualidade é um fundamento dos modernos cuidados de saúde, construída com ênfase na mudança estrutural, no comportamento dos profissionais e no estudo e reforma sistemáticos do processo de cuidado e seus resultados, com particular atenção para a interacção dos profissionais com o cliente (Larson and Muller, 2002).

Nos serviços de saúde, a percepção de cuidados de qualidade, pelo cliente, influencia a sua satisfação bem como o aumento da qualidade dos hospitais está positivamente associada a uma percepção favorável acerca destes (Gupta, 2008).

Apesar da necessidade de cuidados de saúde de qualidade e seguros, ser globalmente reconhecida, ainda existem serviços de saúde que não satisfazem as necessidades dos clientes, ao nível da estrutura, processo ou resultados; os clientes sentem que os cuidados recebidos não vão de encontro aos cuidados esperados. Quando se excede a expectativa, o serviço é percebido como de qualidade excepcional e sentido como uma encantadora surpresa, no entanto quando as expectativas não são observadas o serviço é considerado inadmissível.

A este respeito Jun *et al.* (1998) referem que uma das justificações para tal pode resultar do facto de que, geralmente, os clientes não são capazes de aceder à qualidade técnica dos cuidados que recebem, dado o seu desconhecimento acerca dos aspectos que a enformam. Referem, ainda, estes autores (1998), que para aumentar a qualidade dos serviços, percebida pelos clientes, há que centrar esse incremento em aspectos funcionais, nomeadamente no que concerne a um reforço das competências comunicacionais dos profissionais de saúde, a um incremento do conforto dos espaços, a uma melhoria na acessibilidade à informação e à existência de trabalhadores compreensivos, afáveis e bem-dispostos para com as pessoas que cuidam.

Contudo, para que estes aspectos se reflitam numa mudança consistente e numa capacidade de inovar, tendo em vista o aumento da qualidade e os ganhos em saúde, é necessário que os próprios profissionais se dispam de sistemas de hierarquia profissional rígidos que despersonalizam os cuidados, medicalizam a sociedade, aumentam os custos (Illich, 1977), coarctam a criatividade e a sua própria capacidade de inovar (Nembhard, *et al.*, 2009), impedindo a implementação de novas e inexploradas estratégias de cuidados.

Inovar promove o aumento da qualidade em saúde e possibilita empreender novos projectos, renovados e diferentes desafios. Quando as organizações inovam elas não resolvem apenas problemas, nem se adaptam somente à mudança: elas (re) criam conhecimento e novas soluções para velhos e novos problemas (Orzano *et al.*, 2008).

As pessoas com maior inteligência social parecem ser as que têm mais sentido de humor; não podemos deixar, por isso, o humor de lado (Paulson, 1989). O humor é, pois, um recurso que os profissionais de saúde têm, ao seu dispor, para inovar e aumentar a satisfação do cliente. Há, no entanto e como para qualquer novo procedimento a adoptar, que dotar os profissionais da formação e competências adequadas à sua realização, da forma mais adaptada possível ao cliente.

Alegria, bom humor, empatia, calor humano são aspectos fulcrais para clientes em situação de internamento hospitalar (Dobbins *et al.*, 2005) no entanto são tam-

bém centrais os aspectos individuais e culturais que fazem parte da própria natureza do humor.

Diz Nuno Artur Silva (2003), que o «fado é o único género humorístico tipicamente português [...] é humor no sentido em que é mau humor, explora a tristeza como os bem-humorados exploram a alegria. Ao contrário do resto do mundo...» (Silva e Santos, 2008:12). Este talvez seja um dos factores conducentes a que o humor, no «nosso» país, continue a ser sub-utilizado, sub-valorizado e até olhado com certa desconfiança, numa cultura profissional onde e sobretudo nos cuidados de saúde, competência continua a aliar-se, não raras vezes, a sisudez (José, 2008), como se fosse necessário manter a expressão corporal disciplinada afastando, por isso, o humor e o riso e as profusões a eles associadas (Lipovetsky, 1989).

Mas, e quando de saúde se trata, pode questionar-se: Será possível fazer humor com o sofrimento, a doença e a morte? (...) Não só é possível, como desejável. Abordar a doença e o sofrimento com sentido de humor permite distinguir o doente enquanto pessoa, da sua doença e sofrimento; o humor funciona como uma espécie de «airbag» que se insere entre a pessoa e o seu problema, evitando que esta pense «eu sou o meu problema» (Irigoyen, 2002).

Deste modo o humor assume, nos cuidados de saúde, uma importância primordial já que transporta leveza e alegria para um contexto onde o sofrimento é geralmente predominante e, como refere Carbelo (2005), não é necessário contar anedotas ou piadas, basta uma atitude sorridente perante a vida porque uma relação terapêutica de qualidade há-de criar as condições ambientais adequadas para dar lugar ao humor e, deste modo, possibilitar ao doente lidar, mais facilmente, com a situação que experiencia no momento.

Também na relação entre profissionais de saúde, o humor apresenta um papel preponderante, ao facilitar a comunicação, coesão e solidariedade entre estes, com benefício para a pessoa cuidada, ao promover a continuidade e a qualidade dos cuidados (José, 2008).

Utilizar humor na saúde *Conduz a uma melhor qualidade de vida e de trabalho* (José, 2008:109); usar humor no local de trabalho origina, incontestavelmente, uma equipa feliz e produtiva e, por isso, a utilização do humor, em tudo o que se faz, não pode ser esquecida (Hillegass, 2008).

Numa sociedade narcisista onde impera a opressão pela idade e presença de rugas, a obsessão com a saúde, estética e com a conservação do corpo, para que este ostente «total» beleza (Lipovetsky, 1989), é essencial trazer o belo para a alma; «colorir o espírito».

Neste contexto o humor cumpre uma função relevante. Desde há muito que este tem vindo a ser valorizado como um importante mecanismo de ajuda às pessoas. O humor ajuda a lidar com situações difíceis, a viver melhor e a lidar com as adversidades do dia-a-dia (Robinson, 1991; Holden, 1993; Moody, 1996, Martin, 2008) e aparece estreitamente ligado ao bem-estar; funciona como um importante mecanismo de *coping*. Sendo o humor considerado um fenómeno complexo, de natureza claramente individual, tem sido estudado do ponto de vista psicológico, fisiológico e antropológico, no entanto ainda não existe um conceito sistematicamente aceite por toda a comunidade (Astedt-Kurki and Liukkonen, 1994; Houston *et al.*, 1998; Yarcheski *et al.*, 2002).

A natureza multidimensional e individual do humor, assim como a sua complexidade, podem estar no cerne da dificuldade em encontrar uma unanimidade para o conceito, reconhecida por toda a academia.

Para Robinson (1991), é de importância capital ponderar a diversidade e importância dos diferentes tipos de humor, já que estes variam extraordinariamente. Realmente, aquilo que é cómico para umas pessoas, poderá ser integralmente desprovido de graça e indecifrável para outras. O humor vive muito da circunstância; e como as circunstâncias se modificam, o humor também se altera ou seja, existe humor que foi engraçado e já não o é (Silva e Santos, 2008).

Posto isto, torna-se importante distinguir a resposta cognitiva (entender uma piada) da afectiva (riso; bem-estar), bem como reconhecer e compreender os diferentes tipos de humor, dada a sua influência na interacção pessoal (José, 2002).

O humor é uma linguagem, através da qual se podem comunicar coisas diferentes daquelas que parecem quer expressar-se; brinca com as palavras, facilitando difundir mensagens que são mais facilmente compreendidas, do que seriam, se utilizados os códigos habituais (Roux e Laharie, 1998).

O humor é, assim, uma necessidade fundamental no desenvolvimento e crescimento individual, como a necessidade de amor, segurança ou confiança e que por isso os profissionais de saúde têm que considerar.

Presentemente, já não se interroga se o humor é um factor substancial na comunicação e promoção do bem-estar das pessoas e portanto na sua qualidade de vida. Parece, também, ser indubitável que a utilização do humor é insubstituível, face às necessidades das pessoas e aos resultados que da sua utilização advêm.

Utilizar humor é útil na promoção dos relacionamentos, no incremento da auto-estima e no alívio da ansiedade e tensão (Sheldon, 1996; Beck, 1997; Buffum and Brod, 1998; Bauer and Geront, 1999; Moran and Massan, 1999; Savage and Canody, 1999; Astedt-Kurki and Isola, 2001; Johnson, 2002, José, 2008). Realmente o humor ajuda as pessoas a lidar com decepções, perdas e mágoas fortificando a

auto-estima (Astedt- Kurki e Liukkonen, 1994) e, se usado de modo hábil, concebe um ambiente de relaxamento, estimula a comunicação, promove motivação e satisfação pessoal e profissional, ajuda a superar conflitos e a ultrapassar a rigidez e formalidade social (Snyder, 1985; José, 2008).

O humor ajuda a lidar com situações delicadas e promove uma harmonia contínua nas relações sociais, permitindo o contacto mais próximo com o cliente e a transmissão de mensagens de modo mais divertido e aprazível. No entanto, para que este seja terapêutico, é imprescindível ter capacidade de encontrar humor em si próprio; conhecer o Outro; ter em conta a sua personalidade e a do Outro; considerar as características profissionais, a concepção da profissão e o entendimento do que é o humor; ter disponibilidade, empatia e formação adequada; demonstrar respeito; ter a habilidade de adequar o humor à pessoa e à situação que vive, bem como a aptidão de adequar as estratégias a utilizar (José, 2008).

De todos os benefícios do humor para a saúde, já descritos, o fundamento empírico mais consistente parece ser o dos seus efeitos analgésicos. Depois da visualização de filmes cómicos os doentes tendem a ser capazes de tolerar melhor a dor, ou de a sentir reduzida (José, 2008; Martin, 2008).

No que concerne aos efeitos do humor sobre a imunidade, muita investigação necessita ainda ser desenvolvida contudo, os estudos já existentes, demonstram que o humor terapêutico aumenta os níveis de imunoglobulinas A, G e M (Berk *et al.*, 2001; Bennett, *et al.*, 2003; José, 2008). De facto, parece poder dizer-se que a emoção positiva, associada ao humor, pode ter efeitos fisiológicos e psicológicos que afectam positivamente a saúde e que, portanto, conduzem as pessoas a desfrutar da vida com melhor qualidade e maior satisfação.

Na verdade o uso do humor pode ser planeado ou inesperado e espontâneo, sendo que incorporar humor nos planos de cuidados pode fazer parte de uma abordagem humanista da pessoa (Crapanzano, 1999; Hillegas, 2008).

O humor é contagiante e, por isso, o profissional de saúde que necessita desenvolver uma resposta mais humorosa perante a vida, pode beneficiar da relação com outras pessoas cujos hábitos de raciocínio mostrem um sentido de humor bem desenvolvido (José, 2008).

O humor surge, efectivamente, como um factor de grande interesse em relação ao bem-estar das pessoas, ao cuidado de saúde que lhe é facultado, onde a interacção pessoal é determinante e, portanto, tem impacto considerável na qualidade dos cuidados e na satisfação do cliente.

Vivemos numa sociedade em permanente metamorfose e de grande complexidade que influencia a vida das pessoas, no sentido em que a complexifica e transforma. Torna-se, pois, indispensável, que os profissionais de saúde tenham capaci-

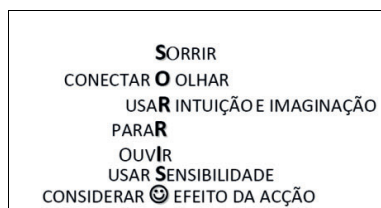
dade de progredir e seguir todo este compasso, complexo e de mutação, com o intuito de satisfazer as necessidades dos clientes (José, 2008). Parece, pois, obrigatório que os profissionais de saúde, em geral, despertem para dimensões dos cuidados ainda pouco exploradas e até menosprezadas. O humor é uma dessas dimensões que, pela sua importância, não pode continuar a ser depreciada e omitida.

A apreciação do humor pode ser descoberta e aprendida; é um conhecimento intuitivo que pode ser nutrido e aperfeiçoado. É possível ampliar a capacidade de entender o cómico; a opção é conseguir a perspectiva humorosa da experiência pessoal. A propensão para a resolução de problemas e a apreensão com a ingerência nas actividades que cultivam o humor podem ser prevenidas, encarando a evolução do humor, tão substancial ao bem-estar como quaisquer outras actividades.

Crê-se necessário que a boa disposição e o humor sejam estimulados na vida pessoal e profissional, através de anedotas, brincadeiras, gracejos com situações vivenciadas diariamente, ou (e de muito fácil utilização) visualização de filmes cómicos, entre outros.

O «Modelo SORRISO» (fig. 1), desenvolvido por José (2008), tendo por base o modelo SMILES (Borod, 2006), apresenta-se como sugestão para a boa prática do humor. Tendo sido construído, centrado no agir profissional dos enfermeiros, considera-se poder ser seguido por outros profissionais de saúde, que pretendam incorporar o humor na sua prática, com a intenção de melhorar a qualidade de vida das pessoas e assim conseguir ganhos em saúde.

Figura 1 – Modelo Sorriso



Fonte: José, 2008.

3. Conclusão

A personalização dos cuidados é hoje factor inquestionável e determinante para a satisfação do cliente dos serviços de saúde e portanto para a qualidade. Esta última relaciona-se com o vivido pelas pessoas, clientes e profissionais, e com toda a organização, e não passa apenas pelo fornecimento de bens e serviços, nem pela simples técnica de diminuição dos custos e de aumento da produtividade.

Considerando a enorme capacidade de adaptação à mudança e o grande talento para inovar e criar, exigidos actualmente aos profissionais de saúde, bem como a gigantesca habilidade que têm que ter para comunicar e lidar com a adversidade, estes não podem dispensar quaisquer dos recursos que têm à sua disposição, quando pretendem prestar cuidados de qualidade aos cidadãos.

O humor, como já referido, é um deles. O humor ajuda a pessoa a lidar com a situação que vive, a sentir-se feliz, aumenta a resposta imunitária e a tolerância à dor, bem como tem inúmeros benefícios ao nível das relações sociais e sócio-profissionais. Dada a natureza complexa e pessoal do humor é imprescindível conhecer a pessoa a quem ele se dirige; a sua receptividade ao uso, descobrindo as preferências, necessidades e limites. Aplicar o humor, adequando-o ao cliente e avaliando os resultados obtidos é factor determinante para que a sua utilização seja terapêutica. Efectivamente, todos os benefícios do humor, para a vida pessoal e profissional das pessoas, evidenciam bem quanto este pode ser determinante para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, e para o aumento dos ganhos em saúde.

Se a academia e a prática tencionarem ir lado a lado, no progresso do conhecimento, o humor não pode ser ignorado. De facto, num mundo em constante mutação, as pessoas necessitam estar mais abertas às brincadeiras, em torno das ideias, a fim de explorarem novas ligações mentais e assim aumentarem o seu potencial criativo.

Afirma-se que o humor aumenta a satisfação do cliente, a produtividade e a satisfação sócio-profissional o que leva a concluir que contribui para o aumento da qualidade em saúde, no entanto, ele não é uma panaceia e o seu uso na vida das pessoas, não substitui o conhecimento científico e os dados acerca dos processos saúde-doença. O humor oferece, porém, a prestadores de cuidados e clientes, e quando combinado com outras competências profissionais, uma dimensão humanizante da vida imensamente preciosa e que não pode continuar a ser descurada.

Referências

- ABREU, W. (2003). *Saúde, doença e diversidade cultural*, Lisboa: Instituto Piaget.
- ASTEDT-KURKI, P. and A. ISOLA (2001). 'Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 35 N. 3, pp. 452-458.
- ASTEDT-KURKI, P. and A. LIUKKONEN (1994). 'Humour in nursing care', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 20 N.1, pp. 183-188.
- BAUER, M. and M. GERONT (1999). 'The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents', *Sexuality and Disability*, Vol.17 N. 2, pp.147-155.
- BECK, C. (1997). 'Humor in nursing practice: a phenomenological study', *Internacional Journal of Nursing Studies*, Vol. 5 N.34, pp. 346-352.
- BLECH, J. (2006). *Os inventores de doenças: uma denúncia corajosa e documentada sobre os abusos da indústria farmacêutica*, Porto: Ambar.
- BOROD, M. (2006). 'Smiles: toward a better laughter life: a model for introducing humor in the palliative care setting', *Journal of Cancer Education*, Vol. 21, pp. 30-34.
- BUFFUM, M. and M. BROD (1998). 'Humor and well-being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease', *Applied Nursing Research*, Vol. 11 N. 1, pp. 12-18.
- CARBELO, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente*, Barcelona: Masson.
- CRAPANZANO, S. (1999). 'The advancement of nursing competencies. The value of humor: a nursing perspective', *Pelican News*, Vol. 55 N.4, pp.10-14.
- DOBBINS, M., J. GUNSON, S. BALE, M. NEARY, d. INGRAMS and M. BROWN (2005). 'Improving patient care and quality of life after laryngectomy/glossectomy', *British Journal of Nursing*, Vol. 14 N. 12, pp. 634-640.
- FINIZOLA, B. (2007). 'El objetivo de la gestión de la salud debe ser el usuario satisfecho', *Debate lesa*, Vol. XII N. 3 pp. 40-43.
- GUPTA, H. (2008). 'Identifying health care quality constituents: service providers' perspective', *Journal of Management Research*, Vol. 8 N. 1 pp. 18-28.
- HILLEGASS, E. (2008). 'Linda Crane lecture 2008: the challenge for the future: five steps to improve quality, incorporate prevention, maintain productivity and have fun', *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, Vol. 19 N. 2 pp. 54-59.
- HOLDEN, R. (1993). *Laughter the best medicine: the healing powers of happiness humour and joy*, London: Thorsons.
- HOUSTON, D., K., MCKEE, L. CARROL, and H. MARSH (1998). 'Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people', *Aging & Mental Health*, Vol. 2 N. 4, pp. 328-332.
- ILLICH, I. (1977). *Limites para a medicina*, Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.
- IRIGOYEN, J. (2002). *Bom humor na saúde*, Apelação: Paulus.
- JOHNSON, P. (2002). 'The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors', *Oncologic Nursing Forum*, Vol. 29 N.4, pp.691-695.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*, Loures: Lusociência.
- JOSÉ, H. (2008). *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*, tese de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.

- JUN, M., R. PETERSON and G. ZSIDISIN (1998). 'The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results', *Health Care Management Review*, Vol. 23 N. 4 pp. 81-96.
- LARSON, J. and A. MULLER (2002). 'Managing the quality of health care', *JHSA Winter*, pp. 261-80.
- LIPOVETSKY, G. (1989). *A era do vazio*, Lisboa: Relógio d'Água.
- MARTIN, R. (2008). *La psicología del humor: un enfoque integrador*, Madrid: Orión Ediciones, S.L.
- MEMBHARD I., J. ALEXANDER, T. HOFF and R. RAMANUJAM (2009). 'Why does the quality of health care continue to lag? Insights from management research', *Academy of Management Perspectives*, February, pp. 24-42.
- MONTAGU, A. (1983). *Growing young*, New York: McGraw-Hill Book Co.
- MOODY, R. (1996). *Humor e salud: el poder curativo de la risa*. Madrid: Editorial EDAF.
- MORAN, C. and M. MASSAM (1999). 'Differential influences of coping humor and humor bias on mood', *Behavioral Medicine*, Vol. 25 N.1, pp. 36-42.
- ORZANO, A., C. MCINERNEY, D. SCHARF, A. TALLIA and B. CRABTREE (2008). 'A knowledge management model: implications for enhancing quality in health care', *Journal of The American Society for Information Science and Technology*, Vol. 59, N. 3, pp. 489-505.
- RILEY, J. (2000). *Communication in nursing*. (4th ed.), St Louis: Mosby, Inc.
- ROBINSON, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care*. (2th ed.), Thorofare: Slack Incorporated.
- ROUX, G. and M. LAHARIE (1998). *L'humour: histoire, culture et psychologie*, Biarritz: Publications de la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-Thérapie.
- SAVAGE, L. and C. CANODY (1999). 'Life with a left ventricular assist device: the patient's perspective', *American Journal of Critical Care*, Vol. 8 N. 5, pp. 340-343.
- SHELDON, L. (1996). 'An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 24 N. 6, pp.1175 –1183.
- SILVA, N. e I. SANTOS (2008). *Antologia do humor português*, Lisboa: Texto Editores.
- SNYDER, M. (1985). *Independent nursing interventions*, New York: John Widny Editions.
- YARCHESKI, A., N. MAHON and T. YARCHESKI (2002). 'Humor and health in early adolescents: perceived feel motion as a mediating variable', *Nursing Science Quarterly*, Vol.15 N. 2, pp. 150-155.

Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS

Paula Quintino
pcquintino@gmail.com

Margarida Saraiva
Universidade de Évora
msaraiva@uevora.pt

Resumo: Discute-se a cada vez maior exigência de qualidade nas organizações de saúde, que deve ser encarada como uma ferramenta de gestão e de mudança, e a necessidade intrínseca de uma melhor e mais abrangente rede de comunicação, que se impõe para a transmissão de informação e conhecimento, numa sociedade que a uma velocidade atroz se encontra em constante mutação e desenvolvimento. Neste sentido, esta temática assume particular importância no contexto actual, pois a qualidade representa o garante da subsistência da organização abrindo caminho à eficiência e à eficácia organizacional. Este trabalho parte do conhecimento da percepção dos enfermeiros, que na organização de saúde estão directa e proporcionalmente relacionados com a satisfação do cliente, na medida em que asseguram a manutenção dos padrões de qualidade, que a organização pretende alcançar e comunicar, sendo fundamentais na imagem global transmitida e, consequentemente, na criação de valor da própria organização.

Palavras-chave: Qualidade; Comunicação; Organizações de Saúde; Inovação.

Abstract: The increasing demand for quality in health organizations, which should be seen as a management and change tool, and the intrinsic need of a better and wider communication network, which is required for the transmission of information and knowledge, in a society that is at an atrocious speed constantly changing and developing. is a main discuss. In this sense, assumes particular importance in the current context, thus the quality represents the guarantee of the continuation and existence of the organization opening the way to organizational efficiency and effectiveness. This study requires the perception knowledge of the nurses, which in the health organization are directly and proportionately related to the client's satisfaction. The nurses ensure the maintenance of the quality standards, that the organization aims to reach and communicate, being fundamental in the global image transmitted, and consequently, in the creation of value for the organization itself.

Keywords: Quality; Communication; Health Organization; Innovation.

1. Introdução

A eficácia das instituições inseridas no âmbito da saúde, mais do que nunca, constitui uma preocupação generalizada nas discussões sobre o futuro da saúde em Portugal.

O mundo da saúde tornou-se um mercado cada vez mais competitivo e encontra-se em mutação exigindo uma adaptação constante ao meio e, por conseguinte, meios mais capazes de transmitir informação, numa sociedade contemporânea denominada por Sociedade do Conhecimento e por Sociedade da Inovação.

Por outro lado, a gestão dos sistemas comunicacionais nas organizações hospitalares é encarada como uma «arma» profícua a dinamizar, utilizar e rentabilizar.

A comunicação organizacional superou o formato da troca simples de informações, enquadrando, actualmente, a partilha de ideias, conhecimentos e de experiências, simplificando e promovendo o trabalho em equipa, o qual deve ultrapassar em muito as simples relações hierárquicas definidas pela estrutura orgânica e reflectidas no organigrama da organização. Os sistemas de informação vêm evoluindo da definição inicial de suporte aos processos de produção, para suporte às competências da organização.

Com este estudo pretende-se averiguar o conhecimento, o envolvimento e identificar as necessidades sentidas, na perspectiva dos enfermeiros, no âmbito da comunicação organizacional, de modo a melhorar a comunicação na organização de saúde, e a promover uma gestão de qualidade, garantindo uma subsequente imagem global de excelência.

A investigação empírica analisou de forma sistemática informação relevante na área da qualidade, da comunicação organizacional e da inovação. Assim, aplicou-se um inquérito por questionário, junto dos enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo (HCIS), fundamentado nos princípios de autores como Deming (1986), Chiavenato (2004), Druker (2000), Biscaia (2000) e Jeffries *et al.* (1992).

Com a realização de uma investigação exploratório-descritiva coloca-se a tónica na definição de conceitos e na descrição de factores. Através de uma abordagem híbrida qualitativa e quantitativa, foi possível empreender-se o estudo e edificar-se os resultados, que permitem fazer uma caracterização de um conjunto de necessidades a colmatar no âmbito da comunicação interna e verificar a receptividade a inovações de forma a conseguir um maior envolvimento, formação e adesão dos enfermeiros nas políticas de qualidade.

2. Qualidade nas Organizações de Saúde

A qualidade corresponde a um tema cada vez mais debatido, actual e com o qual, qualquer organização tem que se preocupar. A consequente preocupação com a qualidade e normalização dos serviços de saúde aumenta. Verifica-se uma mudança veloz da civilização, que exige uma constante actualização e adequação às novas necessidades da população, por parte dos profissionais de saúde. Para responder às progressivas exigências dos utentes, aparecem entidades que criam normas universais, que pretendem a garantia da qualidade nos serviços de saúde.

Neste sentido, para conseguir caminhar e permitir que as organizações alcancem com sucesso os objectivos pretendidos, é crucial conhecer as perspectivas dos indivíduos, uma vez que as organizações são constituídas por estes e como tal têm de ser valorizados e identificados como o recurso mais valioso. Por constituírem peças chave das organizações é imperioso conhecê-los. As pessoas são capazes de transformar dados em informação e informação em conhecimento e este representa o capital intelectual da organização sendo, consequentemente, uma preocupação, hoje em dia, de qualquer organização, a gestão do conhecimento.

Dado o resultado da crescente interacção com o meio e da capacidade aumentada de interacção a longa distância, devido à maior internacionalização, é obrigatório o desenvolvimento de novas tecnologias e de novos meios de comunicação.

É destas mudanças organizacionais e do reconhecimento da importância do valor humano que a gestão renasce na perspectiva de dinamizar estes conteúdos, a par da evolução crescente das inquietações com a qualidade e com as necessidades de satisfação dos cliente e das suas expectativas.

A qualidade, a inovação e a comunicação são conteúdos de discussão transversal às áreas da sociologia, da gestão e dos sistemas de informação das organizações. Como refere Silva (2004: 31), no âmbito da qualidade em saúde:

«o desafio das novas realidades trazidas pelo processo de aceleração histórica que bate à porta dos hospitais exige uma nova estratégia e uma nova forma de gestão. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua da qualidade se inscrevem».

A qualidade torna-se, portanto, um objectivo estratégico e prescritivo. O conceito de qualidade global deve pressupor um sistema de prestação de serviços, onde o cliente (com doença ou não) assume a condição de verdadeiro cliente, que deverá colocar-se no centro do sistema e tornar-se no elemento de primeira linha nas preocupações das entidades prestadoras de cuidados de saúde, como defende Gil (1994), sendo implícita a imposição de superar as suas expectativas, esperando-se

para isso o envolvimento de todos no processo, com sede própria nos aspectos técnicos do controlo de qualidade.

No contexto organizacional, qualidade é uma condição a colocar na balança na vida da organização. Para Lopes e Capricho (2007), a qualidade corresponde a uma ferramenta estratégica intemporal que possibilita uma evolução com alicerce em elementos basilares, tais como: fazer bem, saber exigir e continuamente melhorar. Pelo que, a qualidade deverá ser sinónimo de estratégia de gestão, centrando-se na excelência do produto ou serviço e na satisfação das necessidades dos clientes. O envolvimento dos colaboradores é preponderante, numa atitude proactiva a fomentar, devendo este conceito integrar a cultura organizacional.

Qualidade em saúde pode ser considerada como a qualidade da gestão dos episódios individualizados da doença (domínio técnico e interpessoal), sendo essencial encarar a avaliação da ESTRUTURA, PROCESSO e RESULTADOS dos cuidados prestados aos clientes. Como refere Donabedian, citado por Silva (2004:59), o conceito unificador da qualidade dos cuidados de saúde implica a «maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes».

As estruturas correspondem às características dos recursos humanos, materiais e técnicos erigindo estes os recursos organizacionais. Os colaboradores nas organizações de saúde são pedra angular dos recursos existentes, uma vez que o processo, nestas intuições, se centra na prestação de cuidados de saúde.

A qualidade em saúde, tendo por base Gil (1994), assume quatro pressupostos que dão forma a este conceito:

- A crença e o empenho com que o **envolvimento** de todos os agentes intervenientes ocorre;
- O **processo**, como sede própria dos aspectos técnicos do controlo de qualidade;
- A **performance**, como consequência do desempenho colectivo dos agentes intervenientes;
- A percepção de que o nível deste desempenho **supera as expectativas** dos cidadãos.

Deste modo, a qualidade é um objectivo estratégico compensador, quando progressivamente assumido por um maior número de profissionais convictos, empenhados e intervenientes, no sentido de alcançarem níveis de desempenho elevados e, sempre, com a percepção de que o seu alvo deverá ser o cliente. Uma vez conseguido, incita na comunidade uma sensação de credibilidade nos serviços e satisfação das suas necessidades, tanto como das suas expectativas, conduzindo a que

as entidades prestadoras sejam acreditadas pelos utilizadores do sistema, constituindo assim, um factor de sucesso através da imagem transmitida pela criação de valor. As informações sobre a organização constituem, por isso, elementos imprescindíveis para a sua gestão. Estas são transformadas em indicadores que pretendem medir a produção dos programas e serviços prestados, no caso concreto, em saúde.

Medir a qualidade em programas e serviços de saúde, torna-se indispensável para o planeamento, organização, coordenação/direcção e avaliação/controle das actividades desenvolvidas, tendo como alvo a medição dos resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Deste modo, ao falar-se de qualidade é necessário determinar uma forma de avaliação. Os indicadores de qualidade correspondem a critérios mensuráveis que permitem quantificar a consecução de um padrão de qualidade. Como mencionam Mota *et al.* (2003), estes devem incidir na estrutura (recursos e qualificações das instituições), no processo (processo de cuidar) e nos resultados (efeito dos cuidados no cliente, satisfação e adequação dos mesmos). Segundo Kemp, citado pelos mesmos autores, é possível avaliar o exercício e a execução usando apenas uma das três áreas ou incluir todas (estrutura, processo e resultado).

Citando Mezomo (2001), como exemplos de indicadores da qualidade pode-se assinalar a efectividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a acessibilidade, a segurança, entre outros. Para o mesmo, uma gestão eficaz, completamente envolvida no processo de mudança e da melhoria contínua, e munida de uma liderança com aptidão para envolver todas as pessoas no objectivo, corresponde ao ponto fulcral para a existência e validade dos indicadores da qualidade.

Dado estes considerandos, a qualidade passou a ser peça chave na gestão de qualquer organização de saúde, sendo a acreditação uma prioridade intrínseca. Não entrando aprofundadamente nesta temática, importa apenas salientar que, como mencionando por Imperatori (1999), este constitui um instrumento que promove a qualidade, sendo uma opção da organização.

De acordo com Rocha (2006), o processo de acreditação teve origem nos Estados Unidos pela JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*). Além deste sistema existem outros, nomeadamente, o *King's Fund Health Quality Service* do Reino Unido. Este sistema adopta uma metodologia que é considerada como a excelência na área da qualidade, adaptando-se ao modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e a certificação ISO 9001 (na saúde). Como refere António e Teixeira (2007) este modelo desenvolveu-se para fazer face à evolução do Mercado Comum Europeu e à emergência de um modelo de gestão a

nível da Europa. Este modelo passou rapidamente a ser utilizado como uma ferramenta de diagnóstico e de auto-avaliação quanto ao sistema de gestão apropriado.

A melhoria da qualidade de uma organização, não acontece pelo simples facto de «apenas querer qualidade», sendo necessária a criação de equipas que possuam esse objectivo. Segundo Mezomo (2001), a decisão é a única arma de implementação da melhoria da qualidade. Ela pressupõe que:

- Se conheçam as suas etapas;
- Se conheçam as suas barreiras;
- Se identifique o tempo necessário para a sua operacionalização;
- Exista uma liderança verdadeira;
- Se utilizem técnicas de melhoria, sobretudo a monitorização dos processos e dos resultados;
- Se estabeleça uma eficiente COMUNICAÇÃO e COLABORAÇÃO.

Desta forma e como evidenciam Lopes e Capricho (2007), o último pressuposto torna-se vital, citando o envolvimento dos colaboradores nas políticas de gestão da qualidade, através da formação e da motivação, como modo preponderante para se conseguir a implementação.

Corroborar esta perspectiva, outro autor a considerar, Ishikawa (1995) que defende que se deve educar e não só formar, implicando, igualmente, a avaliação da população e das suas necessidades, para posterior formação (teórica e prática) adaptada à realidade da organização e, por fim, uma avaliação dos resultados, onde se inclui observação de mudança de comportamentos. Na opinião do autor, os comportamentos dos colaboradores constituem os passos fundamentais para promover sistemas de controlo de qualidade numa organização, torna-se deliberativo o envolvimento dos profissionais em sistemas educacionais que consigam mudar formas de pensar e agir.

Lopes e Capricho (2007:188) citam este autor (Ishikawa, 1995) que refere «O controlo de qualidade começa com a educação e termina com a educação». Consideram, portanto, a:

«formação e a aprendizagem organizacional como detentores de um papel facilitador no processo de sensibilização, informação, comunicação, educação, adaptação e compreensão dos novos valores, princípios e objectivos culturais da mudança, sem o qual o processo de implementação da qualidade total poderá fracassar».

Lopes e Capricho (2007:189) mencionam a título prescritivo que «a formação e informação têm um papel essencial na comunicação, na educação e partilha dos

valores, e na visão do negócio, incentivando o espírito de grupo» transmitindo objectivos colectivos e individuais, bem como a missão da própria organização de forma a promover a cultura organizacional.

3. A Comunicação nas Organizações de Saúde

Mudança, Inovação e Conhecimento parecem constituir palavras quase «mágicas» nos dias de hoje. A comunicação surge com um papel primordial na articulação entre estes conceitos. Deste modo, no meio hospitalar surgem estes conceitos com esta relação, tecnologia e inovação, mediada pela comunicação, como motor para novos conhecimentos e para a produção, que neste caso particular corresponde a cuidados de saúde, que se pretendem cada vez melhor e com uma prestação de maior qualidade.

Sendo a organização um sistema, este pode-se designar, como refere Hampton (1983:353) «um sistema de comunicação desenhado para satisfazer os requisitos exigidos ao processamento das informações para as tarefas da organização». Assim é fundamental identificar problemas de comunicação aos vários níveis: superior; inferior e através da própria organização; examinando todos os processos de comunicação por excelência, quais os problemas comumente encontrados e quais os meios para alcançar a forma mais eficiente de comunicar.

Para Eltz (1995:13) «A comunicação é inevitável porque, mesmo na ausência dela, estamos a comunicar algo.» Antes de prosseguir, torna-se necessário começar por definir que comunicar, advém do latim *communicare*, que tem por significado «pôr em comum». Esta designação implica compreensão, pressupondo entendimento das partes envolvidas, não encarando por isso que se fala de concordância. A nível organizacional e de gestão do relacionamento com o cliente, aplica-se no sentido de gerar maior aproximação e uma melhor sintonia entre estes actores. Deste modo, a compreensão é o primeiro passo para a qualidade na comunicação (Eltz, 1995).

A comunicação está para uma organização como a corrente sanguínea está para o organismo, uma vez que, a corrente sanguínea fornece todas as células dos seus bens vitais para um bom funcionamento, como o oxigénio, e a comunicação nutre todos os departamentos da organização de informação vital para o seu bom funcio-

namento. A privação de oxigénio condena as células à morte e a privação de informação condena a uma má gestão organizacional decorrente de um mau funcionamento dos diversos departamentos, pois todos são importantes para a saúde de uma organização.

Deste modo, e tendo por base Downs *et al.* (1995) pode-se afirmar que a comunicação é o pilar das forças que inibem ou que impulsionam o desempenho bem sucedido dos grupos, uma vez que, os indivíduos despendem a maioria do seu tempo (cerca de 70%) a comunicar: escrevendo, lendo, falando e ouvindo. Para o mesmo autor, a comunicação é um requisito chave para a gestão de mudança, emergindo logo após a liderança.

Uma adequada informação permite tomadas de decisão fundamentadas, exactas, permitindo realizar as tarefas com eficiência. A todos os níveis é crucial fornecer informação que actue com cariz motivador (estimulador), coordenador (quem e com quem trabalha) e técnico (o quê, como e quando fazer). A eficiência da organização deve-se, em grande parte, ou mesmo, na maior parte, ao padrão ou à rede de comunicação estabelecido.

De qualquer forma é necessário ter em conta que a comunicação não é panaceia de todos os males, nem a «varinha de condão» para a excelência no desempenho organizacional. A comunicação é uma espécie de «aparelho circulatório» organizacional e constitui a chave para a resolução de muitos problemas e o aproveitamento de muitas oportunidades. É nesta premissa que se funda a presente investigação.

Perante uma organização, os processos comunicacionais existentes, podem dividir-se em quatro áreas, como resumido na Quadro 1. A comunicação externa ou comercial, que incorpora essencialmente o marketing e a publicidade. A comunicação financeira que se interessa pela gestão da informação ligada às finanças, a comunicação institucional que se prende com a ideologia e identidade da própria organização e, por fim, a comunicação interna que se caracteriza pelos processos comunicativos que se desenvolvem a nível interno e que medeiam a produção, circulação e gestão de informação.

As áreas da comunicação comercial, ou externa, e da comunicação interna, constituem objecto de interesse deste trabalho. Quanto à comunicação institucional, aborda-se, também neste trabalho, o conhecimento que os colaboradores têm relativamente à missão, visão e valores da organização de saúde em causa.

Quadro 1 – Tipos de Comunicação na Organização

Tipo de Comunicação	Objectivo na organização
Comunicação Comercial ou Externa	Constituída pelo Marketing e Publicidade.
Comunicação Financeira	Gestão da informação e das relações com os seus públicos, nomeadamente, accionistas, bancos, imprensa financeira, analistas.
Comunicação Institucional	Expressão de legitimidade económica, social, política e cultural. Expressão de missão, visão, valores, ideologia, objectivos, fornecendo identidade.
Comunicação Interna	Conjunto de processos comunicativos pelos quais se cria, desenvolve e evolui a entidade da organização. Estabelece-se através de relações verticais e horizontais, com o objectivo de facilitar, ou mediar, a produção, circulação e gestão de informação.

Fonte: Adaptado de Almeida (2003).

3.1. Comunicação Externa, Inovação e Criação de valor

Para Hamel e Prahalad (1994), a inovação está relacionada com a estratégia, a gestão dos recursos, a comunicação, a concepção ou acompanhamento dos processos, as formas de organização e estruturas, a vertente financeira, a produção, a distribuição, o marketing e comercialização, as marcas, as políticas de remuneração e recompensa, a gestão da qualidade ou ambiental, em suma, está em todas as actividades relacionadas com a forma de ser e de estar de uma organização. Assim, a Inovação deixou de estar centrada em exclusivo na vertente tecnológica, para passar a abranger todas as áreas dentro de uma organização.

A inovação constitui um pólo catalisador do desenvolvimento organizacional, ou seja, pretende-se a criação de valor em contexto de mudança, por meio da medição de efeitos tangíveis, que permitam a avaliação de projectos claramente mensuráveis. Essa criação de valor está intrinsecamente ligada à imagem global projectada. O valor e a imagem parecem, portanto, aspectos a aprofundar nesta conjuntura. A transformação de conhecimentos em valor consegue-se através da inovação nos mais variados níveis de uma organização: de processos, de produtos, de tecnologias, fomentando capacidades e necessidades crescentes de formação. Deste modo, as políticas de inovação conduzem a políticas de qualificação, numa sociedade de conhecimento e de informação.

O contexto pode actuar como um inibidor ou indutor de determinada inovação e a qualidade resulta do encontro das necessidades com a procura. O mercado em constante comutação leva a que aquilo que hoje é inovação e qualidade, amanhã não o seja (Almeida, 2003).

Para o sucesso é importante surpreender o cliente e explorar o seu potencial, sendo a visão actual de uma organização mais centrada na esfera do mercado e menos na esfera da produção, logo o potencial de inovação e da qualidade deve ser indexada ao cliente sempre na tentativa de exceder as suas expectativas. Assim, o marketing e os programas de fidelização são cruciais tanto para a vinculação de clientes, como para a aquisição de novos clientes. Ambas as situações só existem quando há clientes satisfeitos, o que vai, consequentemente, incrementar o valor da própria organização (Almeida, 2003).

Tendo por base Vilar (2006), uma imagem pode adquirir diferentes perspectivas. Proveniente do latim *image* traduz reprodução, retrato ou evocação. Coloquialmente define a aparência, semelhança ou conceito. Contextualizando este termo para as organizações este é aplicado de forma indiferenciada a conceitos como reputação, identidade, percepção, atitude, credibilidade, comunicação, entre outros. Na bibliografia de marketing esta definição acentua a componente exterior do seu conceito, sendo adoptada a perspectiva do público, admitindo a contribuição decisiva do receptor, ou seja, «a imagem não é aquilo que a organização acredita que é, mas o que as pessoas acreditam ou sentem, acerca da organização (dos seus produtos ou marcas)» (Vilar: 2006,19).

Relativamente à Imagem, o objectivo passou a ser o de criar uma forma de aproximação entre os produtos e os consumidores. Desta forma, originou-se um novo vector que aliado ao preço vem dar personalidade ao produto. A imagem, para além de ser a sonhada pela organização, fundeia-se nas imagens construídas pelo público para determinado produto ou serviço. Nasce, assim, um novo conceito de comunicação organizacional. O desenvolvimento deste conceito de imagem passa sobretudo pela transferência para o consumidor de um papel cada vez mais decisivo.

Almeida (2003,14) refere ainda que:

«a importância da imagem, a nova credibilidade, as novas responsabilidades exigidas às empresas, o aumento do poder da informação, todos estes elementos se conjugam para favorecer, no seio das empresas, a eclosão de uma nova função: a Comunicação.»

As mensagens transmitidas pela organização para o exterior consistem, actualmente, na criação de uma identidade, uma alma face ao mercado. A imagem global obriga ao reconhecimento que as informações adquirem agora um valor dominante nas vidas dos consumidores.

3.2. Redes de Comunicação, Comunicação Interna

Importa salientar que independentemente da forma que a comunicação adopte, esta não é uma rede estanque e que para diferentes graus de complexidade dos problemas e de interdependência das tarefas assim se utiliza uma via de comunicação, podendo utilizar-se várias redes na mesma organização, consoante a informação, os interlocutores que pretendem comunicar e a tarefa a realizar. É da utilização dos vários modos de comunicação que surge a eficiência organizacional, podendo alcançar-se níveis de qualidade cada vez mais elevados.

A noção primordial é que quanto mais a estrutura dos canais de comunicação facilitar o processamento da informação, mais ela contribui para a eficiência da organização. Como refere Hampton (1983:361), mencionando Woodward, «Os sistemas de comunicação não podem ser bons ou maus em si mesmos; são bons se ligam as pessoas de tal forma que as incentive a atingir os objectivos da empresa». Para Teixeira (1998) a aprendizagem da comunicação eficaz passa pelo desenvolvimento de alguns atributos por parte do comunicador, nomeadamente: a empatia, o saber ouvir, técnicas de leitura, a observação, a escolha do vocabulário, a linguagem corporal e a comunicação pela acção.

O desenvolvimento da capacidade de comunicação até alcançar o óptimo conduzir a bom porto a organização ou o departamento ou a unidade organizativa, pois permitirá uma boa produtividade e impedirá desvios em relação aos objectivos pretendidos. Deste modo, a comunicação interna é um imperativo a ser coordenado profissionalmente e está para a organização como uma Necessidade, Crença e Vontade, como defende Almeida (2003:41):

- Necessidade porque é essencial na coordenação de actividades, na qualidade de processos e produtos, no clima interno (reduzindo incertezas e desenvolvendo motivações entre os colaboradores, num sentido de um projecto comum) e na inovação;
- Crença porque é portadora de soluções, permite armazenar, organizar e gerir informação, fazer escolhas face a uma panóplia de suportes, sendo necessário convencer toda a hierarquia que se tornou um dever gerir a comunicação interna;
- Vontade porque tem de ser pensada, controlada, gerida através de escolhas estratégicas.

A construção de uma política de comunicação interna deve ser um objectivo para passar à prática em qualquer organização, tendo por isso um cariz de acção. Assim, como acontece na medicina, deve-se diagnosticar previamente para depois se defi-

nir um tratamento, por analogia, deve-se pensar em termos de método de comunicação interna e, posteriormente, em termos de suporte.

Assim, e para que o método vingue, através dos meios adequados, tem de existir o correcto envolvimento dos colaboradores de forma a aproveitar as potencialidades destes, ou seja, as capacidades do factor humano da organização, no sentido de explorar e usufruir dos meios de comunicação existentes.

É preciso ter em conta que o sucesso de qualquer empreendimento humano depende, também mas não só, da eficiência com que as pessoas comunicam entre si. Jeffries *et al.* (1992:166) referem que «perdem-se guerras, desperdiçam-se oportunidades de negócio e azedam-se relações pelo simples facto de haver deficiente comunicação entre as pessoas». Consequentemente, é importante investir tempo, dinheiro e energia para a questão do aperfeiçoamento e envolvimento dos colaboradores nos processos comunicacionais das organizações.

As pessoas são cada vez mais um elemento de investimento das organizações, sendo observadas como um recurso em si mesmas constituindo pedra basilar na organização, isto é, uma mais-valia para a organização a preservar, tendo-se modificado a perspectiva do olhar sobre o factor humano, como evidenciado por Drucker (2000). A meta a alcançar, como refere Serrano (2005, 126):

«é a eficácia organizacional, pelo que as organizações têm de estar atentas a todas as fontes de informação relevantes e aproveitar essa informação num processo de aprendizagem contínuo. A aprendizagem organizacional e a mudança organizacional constituem dois factores essenciais para alcançar esta meta.»

4. Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo

Para empreender a tarefa a que se propôs para a consecução da investigação científica, teve-se em conta o estabelecimento de considerandos quanto aos objectivos e metodologia aplicada, designadamente o tipo de estudo realizado, quais os sujeitos do estudo, qual o local da colheita de dados, relativamente a aspectos organizacionais e estruturais e a razão da sua escolha para implementação do estudo, bem como a construção do modelo de análise de partida, a estruturação do instrumento de colheita de dados e da matriz que está na base da análise dos dados.

4.1. Problemática e objectivos do estudo

As organizações de saúde, motivadas pelo utente cada vez mais exigente, procuram além de satisfazer as suas necessidades exceder as expectativas destes, na tentativa urgente de fidelizar o cliente, que pode cada vez mais escolher entre alternativas existentes no mercado. O nível crescente de concorrência impele as organizações para uma inquietação com temáticas, que até então consideravam para segundo plano e a competitividade torna-se agora uma realidade emergente.

É neste contexto que surge a necessidade do desenvolvimento deste trabalho, que pretende investigar o conhecimento, envolvimento e quais as necessidades sentidas, no âmbito da comunicação organizacional (interna e externa) por parte de todos os enfermeiros do HCIS, de modo a melhorar a comunicação existente na organização e, simultaneamente, promover o alcance de uma gestão de qualidade e garantindo uma subsequente imagem global de excelência da organização.

Para se cumprir esta premissa há a necessidade de investigar o conhecimento e envolvimento dos enfermeiros quanto aos conceitos e políticas de qualidade em desenvolvimento na organização, através do conhecimento que detêm da missão, visão, valores, objectivos e do conceito de qualidade em saúde da organização. Torna-se, igualmente, pertinente compreender se o trabalho que desenvolvem incorpora o conceito de qualidade, se consideram que o seu trabalho se integra num processo contínuo e se estão empenhados na sua formação permanente e se esta é imbuída de estímulos organizacionais.

Relativamente à vertente da comunicação impõe-se a indispensabilidade de identificar a necessidade de melhorar a comunicação interna dentro da organização de saúde, verificar quais os meios existentes para tentar compreender as mudanças necessárias para potencializá-los ou se estes, por outro lado, são considerados suficientes.

O objectivo deste estudo passa, também, por identificar a existência de uma cultura de comunicação e diálogo verificando-se, paralelamente, a percepção quanto à imagem global da organização. Ainda a nível de comunicação interna, pretende-se conhecer qual a receptividade quanto à emergência de inovações tecnológicas e de novos meios de comunicação, nomeadamente, a *intranet* para a gestão do conhecimento organizacional, identificando, deste modo, a necessidade da implementação da *intranet* versus os meios existentes.

4.2. Método

A revisão da literatura efectuada permitiu o enquadramento conceptual do tema, a definição das palavras-chave, a definição do modelo de trabalho, da estrutura da matriz e a elaboração do questionários a aplicar à população alvo.

Todos os dados recolhidos se revelaram de extrema importância para a consecução da investigação.

Considera-se, este trabalho, mais uma ferramenta profícua para planear melhores estratégias, nomeadamente quanto à monitorização dos canais de comunicação existentes, medição da eficácia da sua utilização pelos colaboradores, monitorização do grau de envolvimento destes nas políticas de qualidade implementadas, análise de eventuais melhorias, num processo encadeado de melhoria contínua.

4.2.1. Participantes

Os questionários foram aplicados junto de todos os colaboradores com a categoria de enfermeiros no HCIS de todos os escalões hierárquicos. A escolha da população prende-se com o facto de ser a mesma categoria profissional da primeira autora deste artigo e, por isso, ser o objecto de interesse da mesma a nível profissional. Simultaneamente, nas organizações de saúde, é certo que é a nível operacional que se conseguem as mudanças ou a adesão a políticas e, por isso, é a nível operacional que interessa medir e avaliar a introdução de novas políticas, neste caso de qualidade e de meios de comunicação.

Tendo a noção exacta que é a categoria profissional mais vinculada à instituição e com maior peso (na medida que detém o maior número de funcionários) podem por isso, funcionar como catalisadores ou detonadores quanto às políticas implementadas. A classe clínica, na maioria das organizações de saúde privadas, não está vinculada surgindo, automaticamente, a classe de enfermagem e eventualmente dos técnicos de meios auxiliares de diagnóstico como os grupos mais representativos da organização. Estes colaboradores ao se encontrarem vinculados, consequentemente, terão interesse acrescido na organização, deste modo, é fulcral investigar e colocar o nosso enfoque nestes colaboradores perante as organizações.

Desta forma, a população para o trabalho de investigação em causa são todos os enfermeiros do HCIS (num total de 164 elementos). É sobre este universo, que constitui a totalidade dos casos, que se pretende tirar conclusões.

Relativamente à caracterização pessoal, destaca-se o facto de os respondentes serem maioritariamente do sexo feminino (77%), jovens adultos com idades compreendidas dos 25 aos 30 anos, repartindo-se equitativamente quanto ao estado civil

(casados=39% e solteiros=38%), dominando com as maiores percentagens, relativamente às habilitações literárias, os licenciados (43%).

No que diz respeito à caracterização profissional, pode afirmar-se que 43% dos respondentes trabalha a menos de 5 anos, sendo que 65% está na instituição também à menos de 5 anos. São profissionais com pouca experiência profissional, por conseguinte, a categoria profissional mais evidenciada, com 56% correspondem a enfermeiros indiferenciados, seguindo-se os enfermeiros internos, o que espelha uma categoria profissional eminentemente jovem.

4.2.2. Método de análise

O modelo apresentado na figura 1 considera a organização como um sistema aberto que, como mencionado anteriormente, é permeável com o meio em constante transmissão e recepção de informações, imagens, etc.

A Comunicação Externa mais a Comunicação Interna de uma Organização medeiam um processo indissociável de Qualidade e Inovação que conduzem a um Processo de Melhoria Contínua e, simultânea e subsequentemente, à Criação de mais Valor através da percepção da Imagem Global da Organização, que tem como fim último a satisfação do cliente. Deste modo, impõem-se como variáveis do estudo, a Comunicação, a Qualidade, a Inovação e a Criação de Valor/Imagem Global, na perspectiva dos enfermeiros do HCIS.

4.2.3. Instrumento

Neste trabalho de investigação pretende-se observar e descrever determinadas variáveis, não existindo manipulação destas, uma vez que se trata de uma investigação exploratório-descritiva, onde o investigador se limita a observar, a explorar e a descrever os fenómenos tal como se lhe apresentam.

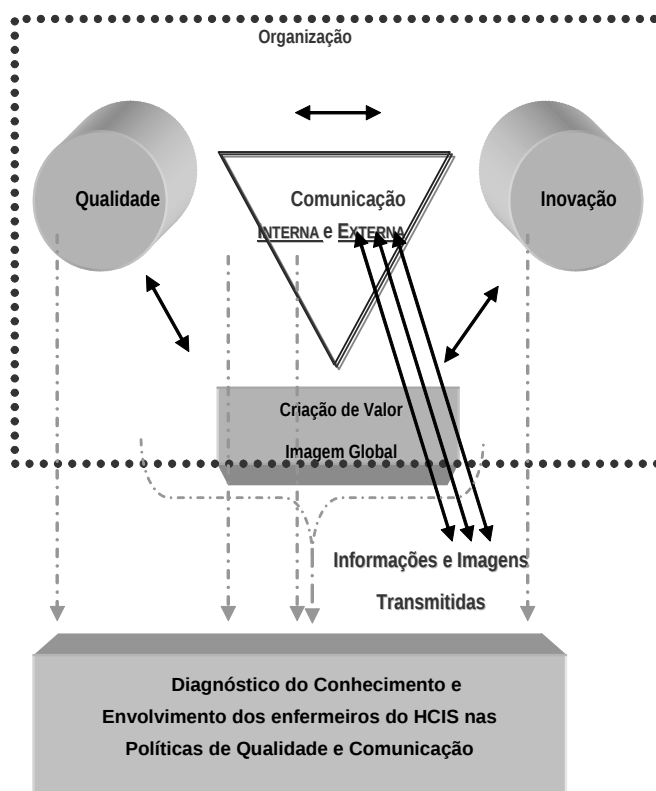
Assim, com este trabalho ambiciona-se ampliar o conhecimento relativo aos enfermeiros do HCIS, objecto do estudo, através da aplicação de um inquérito por questionário, baseado na pesquisa do Estado da Arte, que se dividiu em três grandes Grupos:

- Grupo I: Caracterização do respondente
- Grupo II: Qualidade em Saúde
- Grupo III: Qualidade e Comunicação

A ferramenta teve como alicerces na sua construção autores que reflectiram e se debruçaram sobre estas temáticas e que em sinergia foram a base do questionário. Nomeadamente, quanto à temática da «Qualidade», destaca-se Deming (1986), Juran (1988), Crosby (1984) e Ishikawa (1995). Em relação à «Qualidade em

Saúde» evidencia-se Mezomo (2001), Sale (2000), Hessben (2001), Biscaia (2000) e Imperatori (1999). Quanto à «Comunicação nas Organizações» salienta-se Chiavenato (1989, 2004), Drucker (1985, 2000), Antonelli (2001), Almeida (2003) e Jeffries (1992). Todos estes autores citados, não descurando a consulta de outros autores, conferiram a solidez necessária para a génese e desenvolvimento deste estudo. A abrangência de múltiplos autores prende-se na tentativa de abarcar diferentes perspectivas e de validar o instrumento construído.

Figura 1 – Modelo de Análise



Legenda:

- Organização corresponde a um Sistema Aberto
- > Aspecto do modelo que se pretende estudar: QUALIDADE, COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA, INOVAÇÃO, CRIAÇÃO DE VALOR/IMAGEM GLOBAL
- ↔ Relação biunívoca e indissociável

4.2.4. Procedimentos

No momento da distribuição dos questionários foi apresentado e explicado o estudo e quais os seus objectivos às respectivas Enfermeiras Chefe dos serviços e aos colegas de enfermagem que estavam presentes no momento. Afixou-se, por serviço a nota introdutória do questionário e juntou-se um envelope opaco, para que após o preenchimento dos questionários os enfermeiros tivessem onde colocá-los. Assim, a participação estava acessível, visível e o anonimato garantido para todos. Foi disponibilizado um questionário por enfermeiro de forma a poder controlar o nível de participação por serviço e para que não ocorressem repetições, nem excesso nem deficit de questionários distribuídos por serviço.

A colheita dos dados para a investigação científica decorreu no período de 1 de Setembro a 31 de Outubro de 2008, em todos os serviços do HCIS, desde que existissem enfermeiros nesses serviços, pois a eles se dirigia o instrumento de recolha de dados.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário foi de cerca de 25 minutos, sendo o resultado do cálculo da média dos tempos apresentados pelos enfermeiros no pré-teste.

4.2.5. Desenho e análise de dados

O tratamento de dados, quanto às questões de carácter fechado, foi realizado uma análise descritiva através da aplicação do sistema de suporte informático para análise de dados *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, que como o nome do programa indica, está apto para a análise estatística no âmbito das Ciências Sociais.

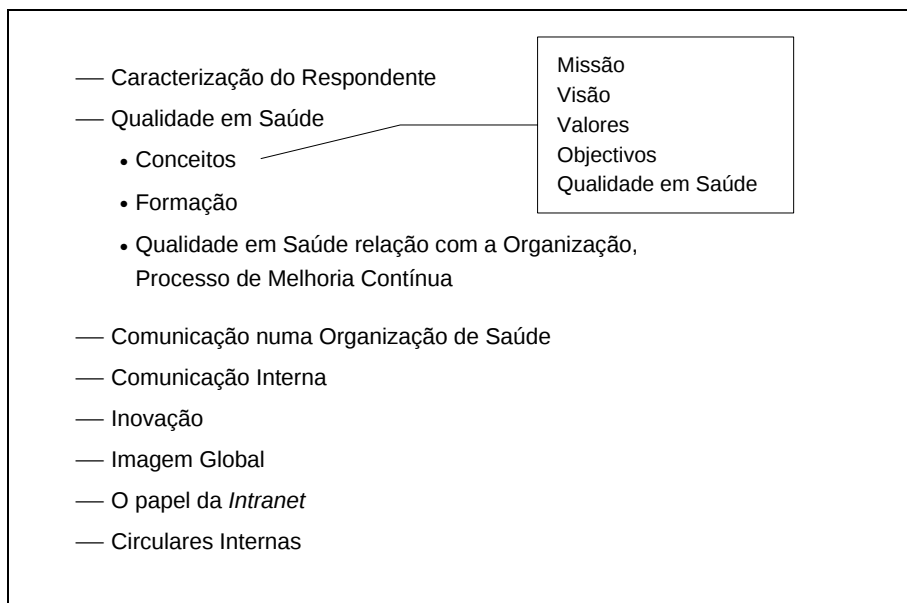
O tratamento dos dados, quanto às respostas abertas baseou-se nos procedimentos de análise fenomenológica. Segundo Botelho (1994:20), a fenomenologia «ênfatiza o estudo da experiência pessoal e a compreensão da natureza da consciência humana desenvolvidos a partir do conceito de «realidades múltiplas»». Ou seja, a fenomenologia estuda algo através da experiência pessoal, defendendo que a realidade depende das várias perspectivas do ser humano.

4.3. Resultados

Para estruturar o questionário e organizar posteriormente a análise dos dados elaborou-se uma matriz que foi a base de todo o tratamento e análise dos resultados. Esta matriz categorizou as questões, tendo por base as fontes bibliográficas e

os objectivos a que cada conjunto de questões se proponha. Deste modo, obteve-se 3 grandes grupos de questões, subdividindo-se da forma como se apresenta na figura 2:

Figura 2 – Categorização das questões do questionário



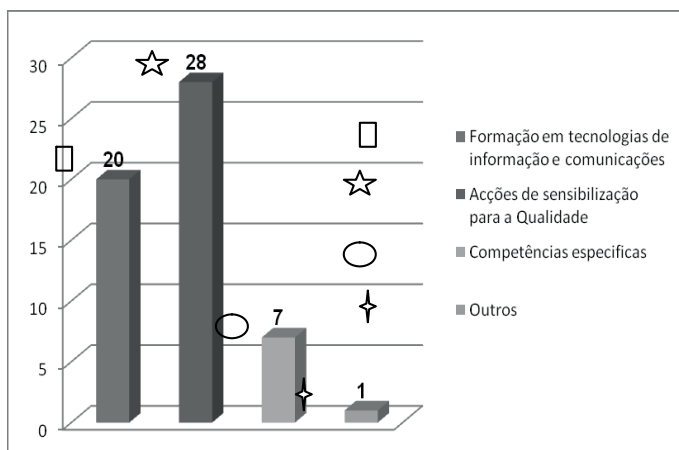
Constatou-se que a missão é conhecida por mais de metade dos respondentes (62,1%), mas definida de forma parcelar por alguns deles, não alcançando a definição completa. O mesmo fenómeno se revelou quanto à visão numa percentagem menor (57%), sendo a sua definição conhecida mas não na sua globalidade. Os valores são conhecidos por 74,4% dos respondentes, sendo nomeados na íntegra pela maioria dos que referiram conhecê-los e estão de acordo com os valores formalmente definidos pela organização.

Por outro lado, a maioria dos respondentes (81%) refere conhecer os objectivos do serviço. No entanto, quando os definem, os objectivos que mencionam, cingem-se aos específicos para o desenvolvimento da sua actividade profissional e apenas um parco número reflectiu acerca dos objectivos do serviço. Verifica-se que os objectivos transversais aos serviços constituem, efectivamente, objectivos de gestão e por isso não foram nomeados pelos enfermeiros, denotando-se pouco envolvimento e motivação para os objectivos da gestão da organização. A organização

deveria investir na definição dos objectivos transversais aos serviços, garantindo a participação dos enfermeiros para o seu delineamento.

Ultrapassadas as questões de definição de objectivos e enveredando pelos meandros da qualidade e da mudança em prol de um projecto com directrizes do gabinete de qualidade, mais de metade dos enfermeiros consideram ter as competências para a adesão a um projecto de mudança com o objectivo da qualidade do serviço prestado. Todavia, nomeiam causas para o facto de não terem competências e conhecimentos necessários para uma adesão mais eficaz relacionando-se com causas organizacionais, como evidenciado no gráfico1.

Gráfico1 – O que falta para aderir a um projecto de mudança, que vise a qualidade do serviço prestado



A partir do Gráfico 1 observa-se o interesse quanto à necessidade expressa de formação em tecnologias de informação e comunicações, denunciando uma vontade e urgência nesta formação e inovação neste domínio. Os respondentes evocam que a organização não disponibiliza formação adequada à actualização de conhecimentos no âmbito da qualidade.

Outra lacuna verificada prende-se com a adequação do tempo de integração dos profissionais, na medida em que 71,2% discordam que o tempo seja adequado na formação no momento da integração. Assim, é imperiosa a formação inicial para o desenvolvimento do profissional e para o envolvimento do mesmo na organização e no serviço, implicando uma consequente melhor ou pior prestação de cuidados.

Por outro lado, é peremptória a desadequação do tempo de integração face às necessidades e esta poderá ser uma causa para um grande número de enfermeiros, dado que deixaram em branco as questões relacionadas com o conhecimento mais profundo da organização, como as definições relativas a missão, visão, valores, objectivos e qualidade em saúde.

Quanto ao conceito de qualidade em saúde, 74% refere conhece-lo, sendo a sua definição parcelar, aproximando-se da definição preconizada pelo gabinete da qualidade do HCIS, mas não se verificou uma definição global que abrangesse as diferentes dimensões da definição. Praticamente todos os enfermeiros respondentes (98,9%) encaram o seu trabalho, com o cuidado de ter em conta a qualidade no serviço que prestam ao utente. Como cabe directamente à classe profissional de enfermagem a prestação de cuidados é preponderante que estes apreciem este conceito e o coloque em destaque no desenvolvimento da sua actividade profissional.

Por outro lado, observou-se que cerca de metade dos respondentes (50,5%) encara a inexistência de cooperação entre os serviços da organização e considera o seu potencial desaproveitado (60,9%), para a melhoria do trabalho desenvolvido, sendo então considerado um ponto fraco da organização.

No âmbito das questões relacionadas com a temática da Comunicação destaca-se que mais de metade dos enfermeiros considera que não há canais de comunicação suficientes, sendo mencionados como os mais utilizados as circulares internas (86,6%) e o painel de divulgação (63,2%). O canal mais reivindicado foi a *intranet*, estando os enfermeiros receptivos para a implementação deste meio de comunicação. A implementação da *intranet* será bem aceite, pois configura actualmente uma necessidade expressa. O estabelecimento da *intranet* é importante, sendo mesmo reclamado para a partilha de conhecimento organizacional, pois esta é considerada pelos enfermeiros positiva. Esta motivação constitui um ponto forte para a implementação deste sistema de informação na organização. Os enfermeiros da organização estão receptivos a qualquer melhoria ou implementação relativa a este canal de comunicação.

Todavia, a maioria dos respondentes consideram insuficiente uma reunião anual para transmissão de informações sobre os objectivos do serviço, planos a curto prazo e resultados do desempenho. Neste sentido, 70,6% consideram não dispor de informação necessária para o excelente desempenho das suas funções.

Por outro lado, 80% dos respondentes revela que a organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo. A mesma percentagem identifica que existem os meios tecnológicos, nomeadamente os suportes informáticos em todos os serviços, com terminais acessíveis a todos os enfermeiros. Há difusão pela organização e

massificação para a utilização de todos os colaboradores, todavia sob aproveitada, revelando uma necessidade de rentabilização dos meios existentes.

Os enfermeiros estão receptivos a inovações e a novos meios de comunicação, o que se destaca como um ponto forte, mas referem que a formação que precede a implementação é, habitualmente, insuficiente, sendo um ponto fraco a colmatar.

Quando à comunicação externa e à imagem global projectada, 74,4% dos enfermeiros conhecem a imagem projectada pela organização, sendo esta de qualidade na saúde, liderança no sector dos serviços de saúde, excelência na prestação de cuidados e inovação.

Por outro lado, 74,7% dos enfermeiros referem conhecer o cliente alvo e preocupam-se com o *feed-back* que o cliente transmite, de forma a melhorarem a prestação de cuidados e 70,8% afirma preocupar-se em exceder as expectativas do cliente.

Estes resultados são, sem dúvida, positivos e um ponto forte para a organização, o primeiro passo é conhecer o cliente, para depois satisfazer as suas necessidades e eventualmente excedê-las, para assim conseguir transmitir uma imagem positiva.

Partindo das afirmações do questionário em que se pretendia que expusessem o grau de concordância, foi utilizada, uma escala do tipo *Lickert* com 5 níveis.

As variáveis foram analisadas com respostas pela escala de 4 pontos, desde Concordo completamente a Discordo completamente, foram recodificadas e passaram a ser variáveis numéricas. Deste modo, e como se apresenta no Quadro 2, considerou-se:

Quadro 2 – Recodificação das variáveis pela escala de 4 pontos

Grau de Concordância	Valor
Concordo completamente	4
Concordo	3
Discordo	2
Discordo completamente	1
Não sei/Não se aplica/Indeciso	0

Os resultados seguintes, expostos no quando 3, evidenciam a análise estatística através das frequências absoluta e relativa de cada categoria de questões.

Quadro 3. Estatística descritiva e frequências das classes formadas
Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão

Afirmação	Categorias	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
II.09	Objectivos do serviço	84	0	4	2.3	0.96
III.15	Formação	87	0	4	2.3	1.13
II.17	Formação	87	0	4	2.8	0.9
II.18	Formação	87	0	4	2.4	0.8
II.19	Formação	86	0	4	2.1	0.85
II.20	Formação	87	0	4	2.1	0.87
II.22	Formação	87	1	4	2	0.8
II.16	Inovação	86	0	4	3	0.85
II.20	Inovação	87	0	4	2.1	0.87
III.09	<i>Intranet</i>	87	0	4	3.1	0.74
III.10	<i>Intranet</i>	87	0	4	2.2	1
III.11	<i>Intranet</i>	87	0	4	3.2	0.86
III.12	<i>Intranet</i>	86	0	4	3.3	0.89
III.13	<i>Intranet</i>	86	0	4	3	1.11
II.11	Imagem Global	87	0	4	3.4	0.7
II.14	Imagem Global	86	0	4	2.9	0.92
II.27	Imagem Global	87	0	4	2.8	0.91
II.10	Qualid. Saúde rel. organização	87	2	4	3.5	0.53
II.12	Qualid. Saúde rel. Organização	87	1	4	3.3	0.7
II.13	Qualid. Saúde rel. Organização	87	0	4	3.1	0.92
II.15	Qualid. Saúde rel. Organização	87	2	4	3.5	0.63
II.23	Qualid. Saúde rel. Organização	87	0	4	2.4	0.84
II.26	Qualid. Saúde rel. Organização	86	0	4	2.5	0.85
II.21	Qualid. Saúde rel. Organização	87	0	4	1.9	0.78
II.24	Qualid. Saúde rel. Organização	87	0	4	2.7	0.86
II.25	Qualid. Saúde rel. Organização	87	0	4	2.1	0.92
III.14	Circulares Int.	87	0	4	2.4	1.15
III.16	Circulares Int.	87	0	4	2.5	1.2
III.17	Circulares Int.	86	0	4	2.9	0.77
III.18	Circulares Int.	87	0	4	2.5	1.05

O valor médio para as afirmações relacionadas com a «Formação» é baixo, sendo este resultado indicador de que os enfermeiros em média consideram haver falta de formação na organização. Todavia, ressaltam que, não obstante este facto, investem na formação, na medida em que concordam em média (com o valor de 2.8) com a afirmação constante na posição II.17 (A enfermagem frequenta regularmente formações, de modo a ampliar e aperfeiçoar os seus conhecimentos), que alude ao facto dos enfermeiros investirem na formação, frequentando regularmente, de modo a ampliar os seus conhecimentos, apesar da organização não disponibilizar formação (II.18), nem incentivar a sua frequência fora desta (II.19).

A afirmação II.10 (Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente) e II.15 (A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade) alcançaram os valores médios mais altos (3.48) das afirmações que correspondem a um elevado nível de concordância. Do que se depreende e corrobora é que os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado e preocupam-se com a atribuição de prioridades aquando da prestação de cuidados e resolução de problemas.

Analisando as médias adquiridas para as afirmações II.21 (Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas) e II.25 (Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho), apreende-se que a afirmação II.21 alcançou o valor médio mais baixo do questionário (1.8621).

Antes de chegar a perguntas relacionadas com o processo de melhoria contínua, procurou-se saber, se as mudanças, na percepção dos enfermeiros, são discutidas antes de ser implementadas. Observou-se que os discordantes correspondiam a um número elevado (78,1% das respostas). Além de 60,9% dos respondentes considerar ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve (II.25).

A afirmação II.16 (Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente), apresenta uma média superior a 3, o que significa que os enfermeiros em média concordam com a afirmação, percepcionando-se como positiva a sua motivação para a recepção de novas tecnologias e novos meios de comunicação.

As afirmações relacionadas com categoria da intranet conhecem valores médios de concordância entre 3.0 e 3.2. (III. 9.A implementação da *intranet* na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional. III.11 Se existissem iniciativas de cursos de *e-learning* através da *intranet*, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria

das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los. III.12 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas.)

Estas afirmações, em média, estão de acordo com a posição dos enfermeiros, dado que observa-se uma grande receptividade para a implementação da *intranet* e para a sua utilização, tanto na óptica de utilizador, como de fornecedor de informação através deste meio. Aspectos esses já evidenciados e referidos anteriormente.

5. Conclusões

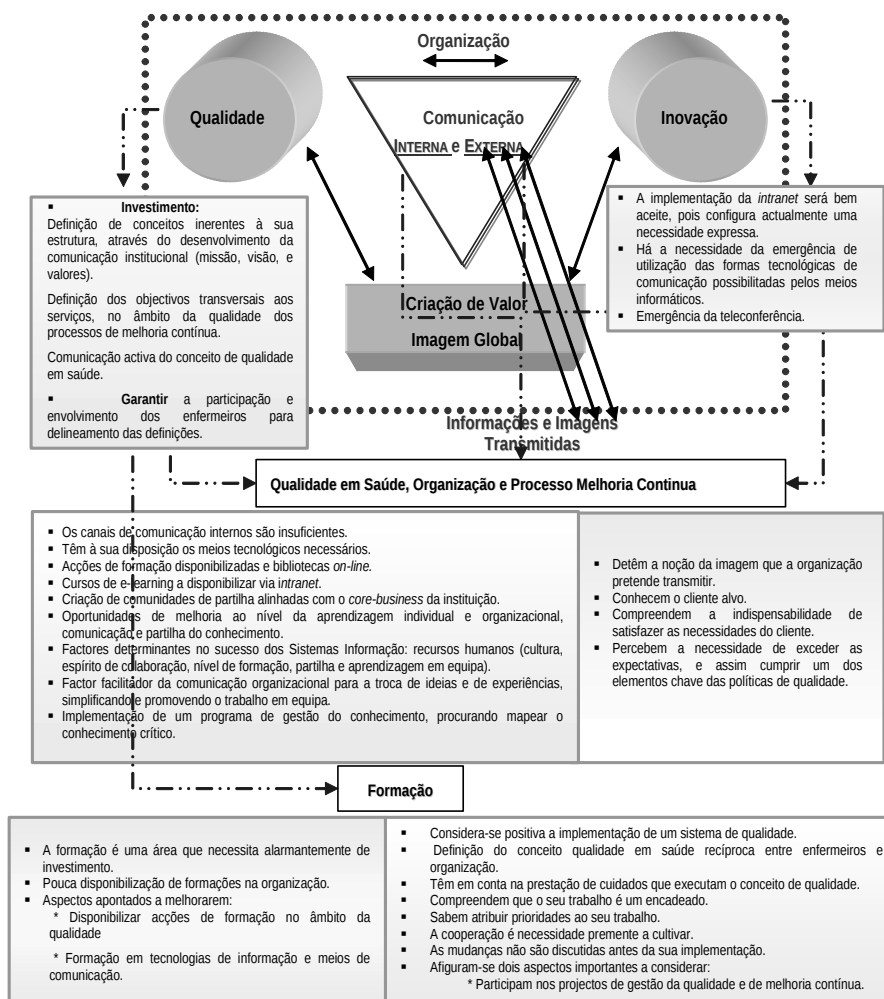
Cerca de metade dos enfermeiros considera conhecer os conceitos intrínsecos à estrutura formal da organização (missão, visão, valores e objectivos). Estes são os alicerces da edificação da instituição e deverão ser transmitidos e essa informação reforçada sistematicamente, uma vez que existe constantemente colaboradores novos e, como tal, é continuada a necessidade dessa divulgação.

Mais de metade dos enfermeiros considera ter competências para aderir a um processo de mudança, com o objectivo da melhoria da qualidade do serviço prestado reivindicando, no entanto, mais acções de formação no âmbito da qualidade e formação em tecnologias de informação e meios de comunicação, de forma a poderem acompanhar os projectos de mudança e de inovação implementados e a implementar futuramente. A própria organização tem possibilidade de intervir e de melhorar.

As conclusões apuradas levaram à apresentação da indispensabilidade de um maior envolvimento dos enfermeiros na gestão organizacional ao nível das políticas de qualidade e dos processos de melhoria contínua, observando a emergência de necessidades comunicacionais, nomeadamente a *intranet* numa atitude afirmativa de imposição deste canal como um importante facilitador, desde que adaptado à realidade da organização.

Estas conclusões afiguram-se esquematicamente no preenchimento do modelo construído inicialmente e que obtém após os resultados, conclusões e recomendações, no âmbito do estudo, como se evidencia na figura 3.

Figura 3 – Modelo de Análise preenchido: Diagnóstico do Conhecimento e Envolvimento dos enfermeiros do HCIS nas Políticas de Qualidade e Comunicação



Como sugestões para o desenvolvimento de projectos futuros, seria de todo o interesse e pertinência, e que daria sem dúvida complemento ao estudo efectuado:

Aplicar este trabalho na avaliação das percepções, comportamentos e envolvimento na política de qualidade e comunicação, aos profissionais de saúde de todas as organizações que integram o Grupo José de Mello Saúde.

Efectuar um estudo semelhante para os restantes profissionais que integram os grupos da organização, que não sejam enfermeiros, nomeadamente auxiliares de acção médica, administrativos, classe médica, etc.

Avaliar o impacto da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos clientes nas organizações de saúde acreditadas, ou nas que se encontram em processo de acreditação, de modo a identificar diferenças.

Empreender um estudo para compreender melhor o nível de envolvimento dos colaboradores nas políticas de qualidade e os níveis de formação, pois são áreas que suscitam dúvidas e às quais se destacaram mais questões na discussão dos resultados.

Um aspecto a ressaltar prende-se com as limitações ao estudo, particularmente, as limitações temporais e humanas, para o desenvolvimento da dissertação, ou seja, a escassez de tempo e de recursos humanos foram factores limitadores.

Além dos investimentos verificados, como necessários na área da qualidade, comunicação e formação, para um maior envolvimento dos colaboradores nas políticas de qualidade, nas inovações implementadas ou a implementar e na cultura de diálogo, era fundamental a implementação de um programa de gestão do conhecimento, com o objectivo de procurar mapear o conhecimento crítico, de modo a integrá-lo e utilizá-lo adaptado às necessidades organizacionais.

As conclusões extraídas dão sustentabilidade à escolha deste tema para estudo e ao método utilizado para a abordagem do problema. O questionário com perguntas qualitativas e quantitativas, possibilitou o enriquecimento do trabalho, desenvolvendo questões, que só deste modo permitiram atingir o cerne dos objectivos que se ambicionavam alcançar.

6. Propostas de intervenção na realidade organizacional

Como a organização de saúde em estudo se encontra direccionada para a problemática da qualidade há pouco tempo, este estudo foi de toda a pertinência para a organização em causa.

Deste modo, a investigação levada a cabo será uma energia que em sinergia com outros estudos colocarão as «rodas dentadas» em movimento num «sistema de

alavancagem» de mudança na organização de saúde no âmbito das políticas de qualidade e dos meios de comunicação.

Considera-se, deste modo, uma ferramenta profícua para planejar melhores estratégias, nomeadamente ao nível da:

- monitorização dos canais de comunicação existentes;
- medição da eficácia da sua utilização pelos colaboradores;
- monitorização do grau de envolvimento destes nas políticas de qualidade, implementadas;
- análise de eventuais melhorias num processo encadeado de melhoria contínua.

Será determinante para a Implementação de um programa de gestão do conhecimento, com o objectivo de procurar mapear o conhecimento crítico, de modo a integrá-lo e utilizá-lo, adaptado às necessidades organizacionais, de acordo com os elos identificados em cada área e a intervir em determinados momentos espaço-temporais previamente definidos.

As mudanças poderão e deverão ser conducentes à melhoria dos cuidados prestados, relativamente à população que utilize os serviços do HCIS, obtendo-se níveis de satisfação cada vez maiores, concorrendo para a Qualidade Total.

Referências

- ANTONELLI, C., J. FERRÃO (2001). *Comunicação, Conhecimento Colectivo e Inovação: As vantagens da aglomeração geográfica*, Colecção de estudos e investigações, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- ANTÓNIO, N. S. e TEIXEIRA, A. (2007). *Gestão da Qualidade – de Deming ao modelo de excelência da EFQM*, Lisboa: Edições Sílabo.
- ALMEIDA, V. (2003). *A comunicação Interna na Empresa*. Colecção Recursos Humanos, Lisboa: Áreas Editora.
- BISCAIA, J. L. (2000). *Qualidade em Saúde: Uma perspectiva actual*, Instituto da Qualidade em Saúde, IQS, Vol. 0 pp. 8-10.
- CABIN, P. (1999). *Communication et organisation. In Les organisatinos – Etat des savoirs. Auxerre: Sciences Humaines.*
- CHIAVENATO, I. (1989). *Recursos Humanos na Empresa Vol.1, Pessoas, Organizações e Sistemas*, São Paulo: Editora Atlas.
- CHIAVENATO, I. (2004). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*, São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- CLAMPITT P. G. (2001). *Communicating for managerial effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- CROSBY, P. B. (1984). *Quality Whithout Tears: Art of Hassle-free Management*, McGraw-Hill.

- DEMING, W. E. (1986). *Out Of The Crisis*. Press Syndicate Of The University of Cambridge: Cambridge.
- DOWNES C. W et al. (1995). *Communication and Organizational outcomes*. In G.M. Goldhaber & G.A. Barnett (Eds), *Handbook of Organizational communication*: Norwood.
- DRUCKER, P. F. (1985). *Inovação e Espírito Empreendedor: Prática e Princípios*, Thomson Learning Ibero.
- DRUCKER, P. F. (2000). *La Productividad del trabajador del Conocimiento, Máximo Desafio*: Harvard Duesto Bussiness.
- ELTZ, F. (1995). *Qualidade na Comunicação. Preparando a empresa para encantar o cliente*, Salvador, BA.: Casa da Qualidade Editora.
- GIL, J. (1994). «Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma necessidade», *Enfermagem em Foco*, Lisboa SEP. Ano IV – Maio/Junho, pp. 18-19.
- HAMEL, G. and Prahalad (1994). *Competing for the Future*, Harvard Business School Press.
- HAMPTON, D. (1983). *Administração Contemporânea*: Editora McGraw-Hill.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência
- IMPERATORI, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para a melhorar a qualidade dos serviços de saúde*, Lisboa: Edinova.
- ISHIKAWA, K. (1995). *What is Total Quality Control*, Rio de Janeiro: Editora Campus.
- JEFFRIES, D., E. BILL, P. REYNOLDS (1992). *Formar para a Gestão da Qualidade Total TQM*, Monitor: Editora – Coleção do Formador Prático.
- JURAN, J. (1988). *The Quality function, Juran's quality control handbook 2.1-2.13*, New York: McGraw-Hill.
- LOPES, A.; L. CAPRICHIO (2007). *Manual de Gestão de Qualidade 100%*, Lisboa: Editora RH.
- MEZOMO, JOÃO CATARIN (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*, São Paulo: Manole.
- MOTA, A. M., A. AMARAL, M. J. LEMOS (2003). «Educar para a qualidade: Visita pós operatória de enfermagem», *Revista AESOP*, Lisboa, Vol. IV N.11, pp. 19-23.
- REBELO BOTELHO, M. A. (1994). *A estrutura essencial da interação aluno-doente: uma análise fenomenológica*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: UCP.
- ROCHA, J. (2006). *Gestão da Qualidade. Aplicação aos Serviços Públicos*, Lisboa: Escolar Editora.
- SALE, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para os Profissionais da Equipa de Saúde*, Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- SERRANO, A., C. Fialho (2005) *Gestão do Conhecimento – O novo Paradigma das Organizações*, Lisboa, Sistema de Informação: FCA Editora de Informática
- SILVA, P. A. (2004). *Modernização da gestão hospitalar: estudo de caso do Hospital de São Sebastião*, Dissertação de mestrado em Estratégia e Desenvolvimento Empresarial, Lisboa: ISCTE.
- TEIXEIRA, S. (1998). *Gestão das Organizações*, Editora McGraw-Hill.
- VILAR, E. (2006). *Imagem da Organização. O que é*, Quimera editores.

Qualidade no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes

Manuel Agostinho Matos Fernandes

Universidade de Évora, ESESJD
mf@uevora.pt

Resumo: O presente estudo integra-se na temática do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, numa perspectiva de gestão de qualidade. Procura dar resposta aos novos desafios de promover o envolvimento do doente e o seu direito à sua autonomia.

Especificamente procura descobrir, qual a dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, que melhor se adapte à Gestão da Qualidade na saúde e seja, ao mesmo tempo, adequada à realidade clínica e sociológica actual. Para tal utilizou-se uma metodologia qualitativa designada de fenomenografia, que é um método que se integra numa abordagem interpretativa, da realidade procurando descobrir como é que um determinado local se tornou em serviço de qualidade. Para informantes seleccionou enfermeiros médicos e doentes de um serviço de nefrologia, com entrevistas semi-estruturadas, sendo de seguida feita análise de conteúdo. Como resultados apresentaram-se os factores importantes no envolvimento do doente, bem como os modelos de relacionamento encontrados que se dividem em modelos de interacção pessoal e modelos de relacionamento clínico. Descobriu-se que estes modelos não são estáticos mas dinâmicos, levando a que se apresente um modelo explicativo da evolução da relação entre profissionais de saúde e doentes crónicos em diálise renal, ao longo do tempo, dando alguns contributos para a gestão da qualidade.

Palavras-chave: Qualidade; relacionamento; modelos de relacionamento; profissionais de saúde; doentes.

Abstract: The present study approaches health professionals and patients relations within a quality management perspective. It aims at providing answers to the new challenges associated to the promotion of the patient's involvement and their right to autonomy.

Specifically it tries to identify the dynamic between health professionals and patients that better adjusts to Quality Management in Health and, at the same time, adjusts to the actual clinical and sociological reality. To achieve this objective a qualitative methodology referred as phenomenography, a method inte-

grated in the interpretative approach of reality, aiming at identifying how a certain place became a quality service, was conducted. For informers, doctors, nurses and patients from a renal setting were selected. Semi-structured interviews were performed and their content was afterwards analyzed. The results identify the most important factors in the patient involvement, as well as the models of clinical relation that develop between patients and health professionals, that can be divided into personal interaction models and clinical relation models. The result of the analysis, point to dynamic models instead of static ones, which led to the development of an explication model on the evolution of the relation between health professionals and chronic patients in renal dialysis, along a period of time, resulting in a contribution to quality management systems.

Keywords: Quality; relations; relations models; health professionals; patients.

1. Introdução

Este estudo tem por objecto a preocupação com a temática da qualidade especificamente na vertente do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, na perspectiva do envolvimento do doente nas decisões terapêuticas que lhe dizem respeito. A investigação sobre a temática do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes justifica-se porque é um aspecto muito importante nas profissões de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2002) e médica (Balint, 1998; Balint e Shelton, 1996). Também as práticas médicas, a forma como o doente percebe a doença, a evolução do direito em termos de responsabilidade médica mudaram com o surgimento de um sistema social que favorece que se ponha em questão qualquer tipo de poder, incluindo o dos profissionais de saúde (Esteban *et al.*, 1996), originando o desenvolvimento do respeito pela individualidade humana, pela igualdade nas relações sociais e individuais.

Esta preocupação enquadra-se na crescente importância atribuída aos direitos dos doentes e às preocupações com a qualidade e também com a valorização crescente do princípio bioético da Autonomia do doente, como princípio orientador da relação entre profissionais de saúde e doentes (Beauchamp and Childress, 2002).

Com o aumento das doenças crónicas, o relacionamento entre profissionais de saúde e doentes é colocado perante um novo desafio, já que aos doentes crónicos e aos profissionais são pedidos novos papéis, pelo que parece oportuno estudar esta área, no sentido de encontrar contributos para o que se possa vir a designar de relacionamento de qualidade entre profissionais de saúde e doentes, pois existe uma

preocupação crescente com a qualidade na área da saúde, a qual sofreu um processo evolutivo semelhante ao que invadiu toda a indústria de bens e serviços (Zanon, 2001).

A preocupação com o maior envolvimento do doente aparece em vários documentos da OMS que foram sendo produzidos a partir da Carta de Ottawa e reforçando-se na Declaração de Jacarta, na Declaração de Budapeste, sobre Hospitais Promotores da Saúde e no The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, realizada em 1996 (WHO, 1999). Nestes documentos encontram-se expressas várias ideias entre as quais se salientam as seguintes: a necessidade de envolver as pessoas, dando-lhes voz na tomada de decisão, sendo para tal, imprescindível o acesso à instrução e informação; expandir as parcerias com a partilha do poder entre profissionais e doentes; aumentar as aptidões da comunidade e de empoderar o indivíduo, de forma a ter ele controlo sobre as coisas que determinam a sua saúde, incluindo saber lidar com as doenças crónicas.

Como esta problemática se integra nas questões da qualidade na saúde, é necessário elucidar algumas questões importantes. É um facto específico da saúde, que o doente, enquanto produto, é a face visível dos resultados e das práticas, sendo, para tal, igualmente importantes a qualidade do resultado e a qualidade da interacção (interpessoal). É igualmente importante a satisfação dos outros também envolvidos na prestação de cuidados, como os médicos, os enfermeiros e gestores, sem ultrapassar as considerações éticas, pois a satisfação do profissional é, ao mesmo tempo, um factor de bons cuidados e um julgamento sobre se os cuidados são bons (Donabedian, 1980).

Das actividades da garantia de qualidade interessa especialmente a componente de desempenho, relativa à forma como os cuidados são prestados, e que é constituída por uma parte técnica e por uma componente interpessoal (Donabedian, 2003), em que: O domínio técnico da qualidade certifica que o doente recebe somente procedimentos, testes e serviços, em que o resultado esperado excede em muito os riscos e que são prestados de forma tecnicamente excelente; o domínio interpessoal certifica que o doente recebe cuidados de uma forma humana e culturalmente adequada e é convidado a participar de forma completa nas decisões sobre a sua terapia (Donabedian, 1980). Este domínio, que neste trabalho se restringe à relação profissional de saúde-doente, é considerado por Donabedian (2003) o aspecto fulcral da qualidade, sendo a relação interpessoal a base da satisfação do doente e o maior determinante da qualidade do serviço e dos cuidados.

Nesse enquadramento têm surgido propostas de modelos de relacionamento dos quais se destacam o de Emanuel e Emanuel (1992) que definem quatro modelos: O modelo paternalista; o modelo informativo; o modelo interpretativo e o modelo deliberativo.

Também Hogg (1999) propõe uma tipologia em que, além do modelo paternalista, apresenta o modelo de consumidor, o modelo de parceria e o modelo de autonomia, organizados de forma crescente no sentido do maior poder do doente. O modelo paternalista é o que tem sido regra desde Hipócrates (Balint e Shelton, 1996; Beauchamp and Childress, 2002) até ao início deste movimento pela autonomia dos doentes, nas últimas três ou quatro décadas. O seu nome aparece para caracterizar a relação como sendo a de um pai em relação aos seus filhos (Beauchamp and Childress, 2002), que pressupõe que um pai age de forma beneficente e que ele toma todas as decisões relacionadas com o bem-estar dos filhos. Esta ideia transposta para os cuidados de saúde, é justificada pelo saber e discernimento superior dos profissionais, que estão numa posição de autoridade para determinar os melhores interesses dos doentes, actuando como guardiães do doente, o qual deve aceitar e agradecer ao médico, mesmo que não concorde (Emanuel & Emanuel, 1992), cabendo ao doente um mínimo de participação, podendo ir ao extremo de ser informado de forma autoritária.

O modelo de consumidor (Hogg, 1999) assemelha-se a uma ida ao mercado, em que o consumidor escolhe o que vê como melhor, sem lealdade a marcas, o que inclui o direito de escolha, que só é possível se o profissional de saúde tiver boa vontade para permitir a escolha do doente.

O modelo de parceria (Hogg, 1999) assume que as pessoas devem estar tão envolvidas quanto o desejem no seu tratamento, assumindo também responsabilidades, em que tanto profissionais como os doentes têm conhecimento e devem cooperar para a promoção de cuidados efectivos, não sendo o doente autónomo nem dominante.

O modelo de autonomia vê os indivíduos doentes como iguais aos médicos e livres para decidirem os seus próprios objectivos e para agirem de acordo com esses mesmos objectivos, devendo o profissional respeitar as decisões do doente mesmo que discorde delas.

Desenvolvida no âmbito dos cuidados de Enfermagem aparece a tipologia de Krause e Roberts (1989), que propõe como modelos: o modelo tradicional, em que o profissional decide o tratamento adequado, sem envolvimento do doente; o modelo de negociação parcial, em que o profissional decide o plano de tratamento adequado, baseado nos dados fornecidos pelo doente mas permitindo partilha de informação e discussão; o modelo de negociação activa, em que profissional e doente decidem o plano de tratamento em conjunto, num processo interactivo, enfatizando o consenso na tomada de decisão. Neste estudo, defende-se que o modelo de negociação activa é o que mais favorece o doente no sentido deste obter nesta interacção maior sensação de controlo sobre os cuidados, menor sensação de impotência, sendo este o que mostra maior grau de concordância com o plano proposto e

demonstra maior satisfação com os cuidados recebidos. Este é também o modelo mais adequado aos doentes crónicos (Mendes, 2005).

O desafio colocado não é de fácil solução já que na prática de cuidados, a passagem do modelo paternalista para o modelo de autodeterminação está cheia de tensões e contradições (Hogg, 1999), pelo que todos estes modelos são fontes de problemas, sendo necessária uma base diferente para o contacto entre prestadores e receptores de cuidados (Hogg, 1999).

Tendo-se como ponto de partida as muitas referências, classificando como insuficiente a relação tradicional entre profissional de saúde e doente, defendendo a necessidade de caminhar noutro sentido para modelos que corrijam a assimetria e proporcionem uma maior participação do doente, pode-se colocar a questão: «qual pode ser el tipo de relacion: profesional-paciente que asegure un mejor entendimiento y se adecúe a la realidad clínica e sociológica actual?» (Esteban *et al.*, 1996: 225). Neste enquadramento é pertinente colocar a questão deste estudo, que procura saber como é que as pessoas em terapia de substituição da função renal, médicos e enfermeiros de um serviço de nefrologia, concebem o seu relacionamento.

Para o desenvolvimento deste estudo, assume-se, que a concepção tradicional do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, baseada numa atitude paternalista dos profissionais e no tratamento da doença, encontra-se posta em causa face à evolução da sociedade, que implica novas abordagens da prática de cuidados e de promoção da saúde, com maior respeito pela autonomia do doente enquanto cidadão. Esta viragem implica a centralidade do doente no sistema de saúde e uma preocupação crescente com a qualidade na prestação de cuidados, incluída numa abordagem mais alargada da qualidade dos serviços de saúde. No presente momento, face a diversos movimentos e declarações que preconizam o maior envolvimento do doente nos cuidados de saúde que lhe são prestados, criaram-se expectativas para a adopção de novos modelos de relacionamento.

Como questão de investigação pergunta-se: «Qual a dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, que melhor se adapte à Gestão da Qualidade na saúde e seja, ao mesmo tempo, adequada à realidade clínica e sociológica actual».

2. Metodologia

Este estudo sobre a qualidade, apresenta uma abordagem não tradicional da qualidade dos serviços, numa perspectiva (Schembri e Sandeberg, 2002) interpretativista, onde objecto e sujeito são considerados como uma relação e onde a experiência é tida como o ponto de partida. Segundo esta perspectiva, o mundo é um mundo vivenciado, sobre o qual os indivíduos procuram fazer sentido (Schembri e Sandeberg (2002). Nela, investiga-se o processo de descobrir como é que o serviço se tornou serviço de qualidade. Rejeita-se a abordagem tradicional a qual é racionalista, ao focar-se num conjunto de atributos que os serviços devem observar, tentando provar um hipótese pré-definida, que chega a conclusões que são a perspectiva do investigador e não a do consumidor (Schembri e Sandberg, 2002).

Para tal utilizou-se a fenomenografia que é um método que se integra numa abordagem interpretativa, já que o foco principal da fenomenografia é «meaning structure of lived experience» (Sandeberg, 2000: 12), que é o significado que um aspecto da realidade tem para as pessoas estudadas. Ela procura identificar aspectos de similaridades e diferenças na forma como vivenciamos e compreendemos o mundo à nossa volta. Neste sentido, é um tipo de investigação qualitativa que visa a descoberta de regularidades pelo discriminar de padrões através da conceptualização (Tesch, 1990, in Miles and Huberman, 1994). Esta é uma abordagem empírica, que procura a diversidade de formas sob as quais as pessoas vivenciam o mundo à sua volta (Marton and Booth, 1997). Assume-se que o total de formas é em número limitado, finito, mas que não é fechado, por ser sensível a coisas como as descobertas científicas, que podem introduzir novas forma de ver os fenómenos. As diferentes formas são traduzidas em categorias distintas, que capturam a essência da diversidade (Marton and Booth, 1997).

Sintetizando, a fenomenografia é o estudo da variação entre diversas e qualitativamente diferentes formas de ver, vivenciar e compreender o mesmo fenómeno (Marton and Booth, 1997).

Decidiu-se incluir os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e os doentes para se ter a visão dos principais intervenientes na prestação de cuidados nesta unidade, pois nos estudos que englobam as relações é imperativo que ambas as partes avaliem o encontro (Roberts, 1999; Gibson 1991).

Incluiu-se no estudo o numero de informantes considerado necessário para obter uma compreensão completa e rica do fenómeno, procurando, sobretudo, «juntar entre os participantes de um estudo as propriedades concretas de um grupo ou situação» (Fortin, 1999: 156) que vivenciam o mesmo fenómeno, o qual se designa de *amostra intencional* ou *amostra teórica*. Na escolha dos informantes procurou-se

encontrar bons informantes, exceptuando o grupo de médicos, que todos eles foram entrevistados por serem somente cinco. A escolha dos doentes e enfermeiros obedeceu a critérios de procurar encontrar a maior diversidade possível de concepções sobre o relacionamento. Assim, seleccionaram-se doentes e enfermeiros que reflectissem a variedade de concepções existentes nesta unidade.

Foram apenas entrevistados os informantes que foram considerados como estando familiarizados com o fenómeno, com larga experiência vivida deste fenómeno, com um relacionamento prolongado dentro desta unidade. Para responder a este requisito somente se aceitaram doentes com mais de um ano de diálise porque se chegou a um consenso com os enfermeiros da unidade: Somente ao fim de um ano se podia considerar que o doente estava adaptado a esta terapia e em condições de responder com conhecimento às questões colocadas. Também se adoptou o mesmo critério para os profissionais, sendo aceites somente os que tinham mais de um ano de trabalho neste serviço de nefrologia.

O método de colheita de dados foi uma entrevista semi-estruturada aos três grupos de informantes versando as mesmas temáticas. Para a preparação da entrevista o investigador, iniciou o trabalho de campo por um período de observação para conhecimento do meio, de forma a preparar entrevistas mais adequadas àquela realidade (Schembri e Sandberg, 2002).

Para o efeito foram entrevistados 12 doentes, sendo que sete eram homens e cinco eram mulheres e apresentavam uma média de idades de 52,3 anos. O tempo em que os doentes faziam diálise era em média de 7,25 anos. Foram entrevistados todos os cinco médicos existentes na unidade e 10 enfermeiros.

Os médicos eram quatro do sexo masculino e um do sexo feminino, com uma média de idades de 44,8 anos. Apresentavam uma média de 20 anos de trabalho na profissão de médicos, e uma média de anos de trabalho na especialidade de nefrologia de 15 anos. Dos dez enfermeiros entrevistados, nove eram mulheres e um homem, tinham uma média de idades de 41,8 anos e uma média de 18,5 anos de profissão de enfermeiro. Como tempo de trabalho na nefrologia apresentavam uma média de 9,6 anos.

A análise dos dados seguiu o preconizado no método fenomenográfico no qual os dados de todas as entrevistas individuais no seu conjunto são indivisíveis e formam os dados a serem analisados, seguindo as seguintes etapas: A 1ª etapa, designada de redução dos dados, consiste em distinguir o que é imediatamente relevante, na medida em que expressa ou não uma forma de vivenciar o fenómeno em questão. Esta decisão de separar dados pode ser revisitada mais tarde durante a análise. Na 2ª etapa verificam-se os diferentes tópicos ou fenómenos tratados nas entrevistas. Neste caso, para iniciar, os dados têm de ser organizados por tópico ou

fenómeno e a análise tem de ser feita por tópico ou fenómeno, um de cada vez. A 3ª etapa consiste em distinguir as diferentes maneiras de compreender, vivenciar ou experienciar o fenómeno. Esta compreensão aparece sob a forma de dois mecanismos: Um é baseado nas similaridades (semelhanças), a outra é baseada nas diferenças. Como 4º passo, as várias concepções têm de ser confrontadas com dois contextos. Um, considerado o «conjunto de significados partilhados», que deriva do que todos os participante disseram sobre a mesma coisa. E o outro, em que se tem de reintroduzir as fronteiras individuais das declarações, que é saber o que a mesma pessoa disse de outras coisas. Como 5º passo, procura-se distinguir quais os atributos críticos de cada grupo e quais as características diferenciadoras dos grupos, nas quais se pode caracterizar a variação da forma em que um fenómeno é vivenciado, conceptualizado e compreendido. Como 6º passo é preciso encontrar relações lógicas entre categorias. Como cada categoria representa uma potencialidade diferente para ver o fenómeno, estas devem ser hierarquizadas de acordo com um critério adequado. Esta organização da complexidade de categorias é denominada «*espaço de resultados*».

3. Resultados e discussão

A análise de dados permitiu encontrar a diversidade de formas de conceber este fenómeno, tanto entre os grupos como dentro dos grupos, de forma a conseguir um mapa bastante completo da realidade. Como primeiro aspecto destaca-se que o relacionamento tem sempre um componente afectivo que é assumido como distinto do relacionamento que se designou de clínico, em termos de gestão dos cuidados que são prestados aos doentes. Assim, no relacionamento, podemos distinguir os modelos relativos à interacção pessoal e os modelos relativos ao relacionamento clínico, que Donabedian (2003), na sua definição de atributos de um bom relacionamento, valoriza ao englobar aspectos, tanto em relação ao envolvimento afectivo como ao envolvimento nos aspectos clínicos.

3.1. Modelos de interacção pessoal

Encontraram-se quatro modelos classificados como de *interacção pessoal*: O modelo de Interacção Impessoal; o modelo de Interacção de Convivência; o modelo de Interacção Empática e o modelo de Interacção Familiar.

O modelo de Interacção Impessoal, caracteriza-se por os intervenientes assumirem a separação de papéis sem criar condições para se estar à vontade; fuga a um envolvimento pessoal profundo e pela partilha mínima da vida pessoal, tendo como significado um envolvimento pessoal mínimo.

O modelo de Interacção de Convivência, caracteriza-se pela importância atribuída às atitudes de cortesia social; pela valorização do convívio como precursor de criação de confiança para assuntos mais profundos; por uma relação pouco profunda, com conhecimento superficial do outro; a importância de manter boas relações com todos; o assumir das simpatias e antipatias que se criam naturalmente; assumir de uma certa afectividade e mesmo amizade; haver ambiente de estar à vontade e sem constrangimentos. O significado deste modelo revela que o convívio dos profissionais com os doentes contribui para o bem-estar dos doentes.

O modelo de Interacção Empática caracteriza-se por: Envolvimento afectivo entre doentes e profissionais; haver partilha de experiências entre doentes e profissionais; importância dada ao estar com o doente/ ouvir; existência de familiaridade; as fronteiras entre profissionais e doentes tornam-se mais fluidas e por grande empenho e proximidade com o doente. O seu significado aponta para um envolvimento afectivo e um empenho dos profissionais não usuais na relação tradicional.

O modelo de Interacção Familiar caracteriza-se por: Os doentes sentem-se em família; existe abertura para dialogar; existe confiança nos profissionais; gostar das pessoas. O seu significado aponta para os doentes se sentirem como em família na sua casa.

A adopção destes modelos está fortemente relacionada com o grupo de pertença dos informantes, em que os doentes apreciam para si os modelos de convivência e familiar e os profissionais, tanto médicos como enfermeiros, privilegiam a compreensão empática. A preferência pelo modelo de convivência por parte dos doentes não deixa dúvidas, pois mesmo os doentes que se posicionam no modelo impessoal, posicionam-se também neste modelo, com a mensagem clara de que não querem trazer para o hospital a sua vida pessoal. Assumem o papel de doente, mas apreciam igualmente um convívio superficial com os profissionais. Da mesma forma os doentes que se posicionam no modelo familiar, fazem-no referindo-se à forma como se sentem integrados naquele serviço, apreciando de igual forma as manifestações de convívio traduzidas em actos palpáveis, que incluem algum afecto.

Pode-se afirmar que os doentes apreciam o modelo de convivência como norma, havendo duas particularidades entre estes: alguns preferem ver-se a si próprios ao fazerem hemodiálise como estando a fazer uma reparação mecânica, restauradora, sem desejarem mais nada, e querem que os profissionais façam bem os cuidados instrumentais e tenham uma conversa superficial, o que, para eles é suficiente; outros sentem o serviço como sua casa, gostam de lá ir e desenvolvem afectos do tipo familiar com o local e com as pessoas que aí trabalham e apreciam um convívio mais profundo. Infere-se daí que a essência da interacção passa indubitavelmente por actos de convívio explícitos e concretos, que todos os doentes apreciam, havendo somente que diferenciar o grau de profundidade entre os doentes que querem que o convívio seja mais impessoal, seja mais social, ou atinja um nível mais profundo de familiaridade.

Claramente o envolvimento afectivo faz parte da relação entre os profissionais de saúde e doentes, principalmente nestes que têm um contacto prolongado, em que a componente interpessoal ganha peso, pois passa a haver um conhecimento mútuo, tanto dos profissionais relativamente aos doentes como dos doentes em relação aos profissionais. Como sinal do valor atribuído pelos doentes aos aspectos interpessoais, relembra-se que se sentem incomodados com a altivez e a má disposição dos profissionais e a pouca atenção que alguns dão à relação interpessoal. Os doentes consideram que o relacionamento é de qualidade quando os médicos e enfermeiros são atenciosos, carinhosos e manifestam interesse pelo doente. Em cada um destes modelos os grupos mantêm uma certa estabilidade, em que o modelo de convivência é mais desejado pelos doentes e o modelo empático o que os profissionais consideram mais adequado.

3.2. Modelos de Relacionamento Clínico

Encontraram-se três modelos de relacionamento clínico: O modelo de Beneficência; o modelo de Negociação Parcial e o modelo de Autodeterminação. O modelo de Beneficência tem como aspectos estruturais: Respeito pelas regras estabelecidas; os profissionais decidem e aconselham o que é melhor para o doente; os profissionais podem não transmitir informação grave para evitar sofrimento ao doente; a crença de que existe uma forma única correcta de fazer o tratamento, que respeita os conhecimentos científicos e justifica a adesão dos doentes; é lícito usar estratégias de manipular o doente como forma de obter adesão; o doente não tem conhecimentos técnicos/científicos e tem como significado global que os profissionais procuram fazer o que consideram ser o melhor para o doente.

Neste modelo está patente o grande entendimento entre os três grupos nesta concepção, o que revela em que medida doentes e profissionais estão aculturados no discurso científico dominante que é patente nos pontos partilhados por todos.

Como especificidade pode referir-se que os médicos reservam para si o privilégio terapêutico e utilizam algumas manipulações para conseguir adesão, tal como os enfermeiros, os quais têm como particularidade a importância atribuída ao cumprimento das regras estabelecidas.

Este modelo é aceite por quase todos como o modelo de início do relacionamento terapêutico, pois é o que melhor responde às expectativas de todos. A saída deste modelo, ou a sua combinação com outros de maior envolvimento do doente, exige que se verifiquem duas condições: uma, que a doença esteja mais ou menos organizada, o que, no dizer de Balint (1998) quer dizer que a doença está devidamente estudada e foi encontrado um estado de equilíbrio, e outra, que o doente seja considerado competente em termos científicos. Isto implica que ele tenha consciência da sua situação em termos das repercussões que pode ter o maior ou menor cumprimento das regras estabelecidas para se manter equilibrado, tendo em conta que já consegue organizar o que sente de forma a manter-se equilibrado, conforme se discriminará mais adiante quando se explicar melhor os factores de envolvimento.

O modelo de Negociação Parcial tem como aspectos estruturais: Existência de informação suficiente e completa; baseia-se em pedidos, opiniões ou propostas que traduzem alternativas minimamente aceitáveis; os profissionais só aceitam se considerarem a opção aceitável; existe um grande leque de áreas em que se pode negociar; o doente é co-responsabilizado nas decisões; as partes chegam a um entendimento e tem como significado global a ideia de que as alternativas clínicas têm de ser aceitáveis segundo critérios dos profissionais

Este modelo é adequado a um doente que iniciou o caminho da autodeterminação, normalmente entre seis meses e um ano após o início da terapia dialítica, desde que o doente tenha alguma competência e consciência da sua situação, isto é, das implicações das diversas opções terapêuticas, mas sem ter ainda a segurança necessária para decidir sozinho, pelo que solicita ou emite a sua opinião ou pedido, que os profissionais respeitam se a opção não for prejudicial ao doente, mesmo não sendo a melhor, no ponto de vista dos técnicos.

Este modelo pode ser utilizado logo no início do relacionamento com doentes, principalmente se forem jovens, com capacidades e conhecimentos para se adaptarem à sua situação de forma produtiva.

O modelo de Autodeterminação tem como aspectos estruturais: O doente sabe o que é melhor para si; existe clima de abertura para se falar toda a verdade sem medo de recriminações; aceitação das preferências, valores e pedidos dos doentes;

o doente sabe tomar decisões relativas ao regime terapêutico; o doente tem conhecimentos sobre a doença e sobre o tratamento; dar todo o apoio, criando condições para o doente tomar decisões; postura de igualdade; o doente decide as questões importantes e tem como significado global que o doente deve ter todo o apoio para tomar decisões.

O modelo de autodeterminação seria o modelo de cidadania em sentido estrito, pois que representa o papel mais activo do doente, em que teoricamente se aceita o poder do doente como decisor último, tal como na essência da designação de cidadão. Mas este modelo não é por si de aplicação universal e imediata em qualquer situação. Somente é aceite se o doente estiver capacitado ou os profissionais considerarem que ele está suficientemente competente para isso, retendo, desta forma, um poder de recurso caso o doente perca a sua competência ou capacidade. Neste modelo existe também acordo entre os três grupos sobre os aspectos fundamentais do modelo, que são o clima de abertura e verdades e a aceitação dos saberes do doente, já que ele sabe o que é melhor para si, pelo que são aceites as suas opções, mesmo as terapêuticas. Embora não esteja em discussão o doente fazer o protocolo terapêutico, nem o prescrever a medicação, existe a maleabilidade para combinar o saber dos profissionais e as necessidades e desejos do doente, para dar resposta ao que é importante para o doente.

Existe um outro lado da autodeterminação, relativa a decisões que tem a ver com o propor ao doente alternativas do tipo de diálise quando, após uma avaliação médica, este doente é considerado em condições físico-fisiológicas de poder fazer a diálise peritoneal, indo em caso contrário, para a hemodiálise por exclusão de outras possibilidades.

O facto de os doentes decidirem coisas que não implicam a aquiescência dos técnicos não levanta problemas, pois estas coisas são feitas fora do hospital na sua maioria. Somente quando as decisões dos doentes implicam uma parte activa dos profissionais, estes têm o direito de não aceitar um pedido se, no seu conceito e em função dos saberes existentes e aceites como boa prática, manifestamente isso for prejudicar o doente. Os profissionais têm direito a isso como cidadãos, sem com isso estar a violar o direito do doente à autodeterminação (Beauchamp and Childress, 2002).

Como aspecto peculiar do relacionamento dos profissionais com doentes crónicos, que se caracteriza por uma longa duração e grande frequência de contactos, foi referido pelos informantes com alguma regularidade que o relacionamento com cada doente era um caso único e dependia de muita coisa, não sendo sempre o mesmo. Por isso encontraram-se informantes que referiam aspectos pertencentes a dois modelos distintos e outros que se identificavam somente com um modelo.

Este facto permitiu inferir que este é um relacionamento dinâmico e não estático em que cada interveniente, em cada momento, adopta uma postura que depende da avaliação que faz da situação, que, de uma forma abrangente, se pode dizer ser relativa à competência do doente e à organização da doença.

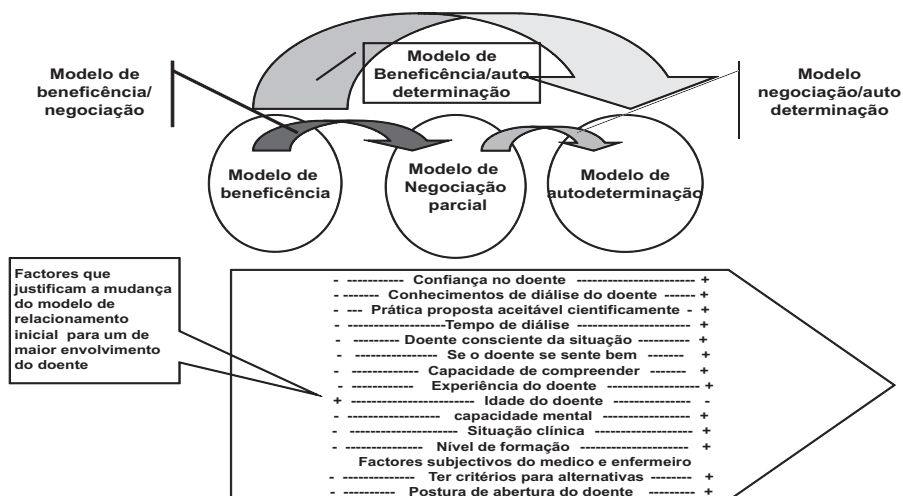
A forma como em cada momento são utilizados os diversos modelos está relacionada com alguns factores referidos pelos informantes como sendo os critérios que utilizam para definir o seu modelo de relacionamento em cada momento e que foram designados de factores. Embora nem todos os grupos de informantes utilizem os mesmos factores como explicação para o seu agir, eles constituem um conjunto bastante completo que representa a mente colectiva dos três grupos, pelo que todos são válidos.

Estes factores são: Confiança no doente; ser doente de confiança; doente informado e consciente da sua situação; conhecimentos de diálise e da doença; capacidade de compreender; nível de formação; incapacidade do doente; experiência do doente; situação clínica; prática aceitável cientificamente/ não prejudicial; estado de espírito dos profissionais; idade do doente; fazer diálise há mais de um ano; postura do doente; o doente sentir-se bem ou mal; ter critérios para haver alternativas de terapia

Os factores apresentados são equacionados atribuindo-se-lhes uma graduação da posse desse factor em menor ou maior grau, com uma lógica gráfica apresentada da esquerda para a direita, em que a esquerda representa uma menor capacidade e o lado direito uma maior capacidade, com excepção do factor idade do doente, que funciona ao contrário – quanto menos idade, mais possibilidades de ser considerado competente – e os factores subjectivos dos profissionais que não obedecem a esta regra, tal como se pode verificar na figura 1.

Assim cada um dos informantes assume que o seu relacionamento evolui em função da apreciação que faz da situação, tendo em conta o peso que dá aos factores no sentido de haver condições para maior envolvimento do doente. Predomina deste modo uma ideia de que o relacionamento não é estático mas dinâmico tendo na verdade cada informante dois modelos de apoio que conjugados permitem definir modelos combinados, os quais reflectem melhor o que se passa na realidade.

Figura 1 – Dinâmica da utilização dos modelos de relacionamento clínico entre o profissional de saúde e o Doente



Fonte: Fernandes (2009).

Como se pode verificar, na figura acima, esta visão dinâmica do relacionamento define três novos modelos de relacionamento que serão designados doravante de modelos dinâmicos e que são uma combinação dos anteriormente definidos como modelos de relacionamento clínico de base, adoptando uma denominação combinada que utiliza os nomes dos modelos de base que estão na sua origem, e que representam a postura dos intervenientes em serem sensíveis e atentos a toda a situação, adaptando o modelo, não de forma pura nem permanente, mas de um modo que respeita as necessidades do doente e a avaliação que faz da situação. Os modelos assim criados adoptam a designação indicativa do sentido da evolução da postura: Modelo de Beneficência-Negociação; modelo de Beneficência-Autodeterminação e o modelo de Negociação-Autodeterminação.

Como o próprio nome indica, no modelo de beneficência-negociação, o relacionamento começa por ser de beneficência, mas gradualmente se transforma em negociação em função da competência percebida no doente para gerir os cuidados no todo ou em parte. O modelo de beneficência-autodeterminação começa igualmente como beneficência mas, à medida em que, no todo ou em parte dos cuidados a serem geridos, o doente é considerado competente, evolui para a autodeterminação do doente. O modelo de negociação-autodeterminação assume que logo, desde o início, é possível negociar com o doente, se não em todos os cuidados, pelos

menos nalguns, e que, conforme o doente vai ficando mais competente, evolui para um modelo de autodeterminação no todo ou em parte.

A noção de competência não pode ser considerada como global para todos os cuidados em questão. Pode ser parcelar para alguns cuidados especificamente ou alguns aspectos da situação, já que a autonomia exige capacidade de decisão, que deve ser entendida em sentido restrito, pois interessa somente saber se a pessoa é capaz de decidir sobre o tratamento em causa e não sobre a sua vida em todos os aspectos (Beauchamp and Childress, 2002).

Este esquema aqui apresentado é ainda parcelar mas é a primeira estrutura que importa reter, pois explica os elementos que definem e intervêm nas concepções subjacentes ao relacionamento.

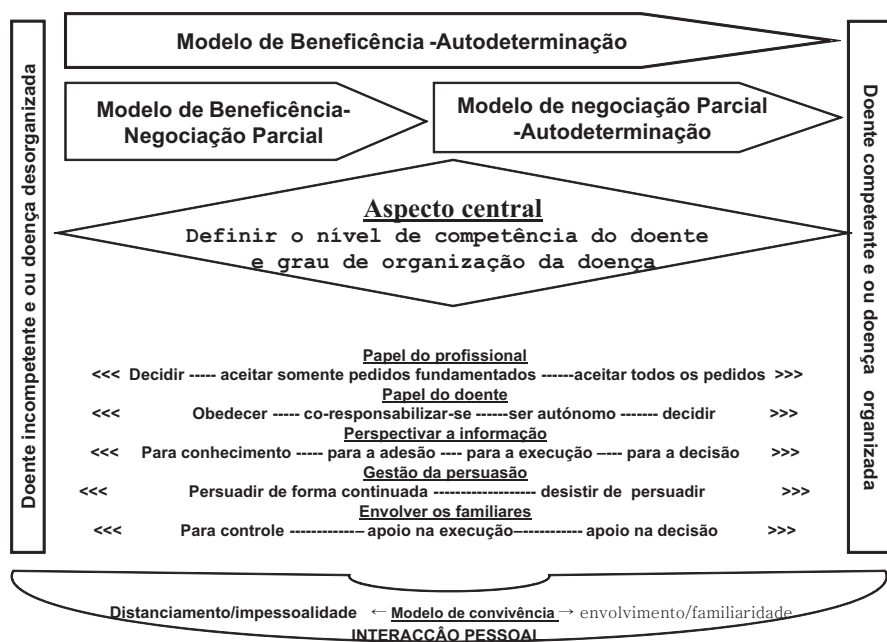
4. Dinâmica do Relacionamento Consonante com a Gestão da Qualidade

Como próximo passo, procura-se dar coerência e pragmatismo a toda esta conceptualização dos diferentes componentes encontrados, de forma a que o esquema represente a complexidade deste fenómeno de forma compreensível. Pretende-se também que permita por um lado, explicar o que se considerou uma realidade de boas práticas e, consequentemente, de onde se podem retirar contributos valiosos para a Gestão da Qualidade no relacionamento; por outro lado, lançar possibilidades que permitam introduzir algumas linhas de orientação precisas para o que deve ser o relacionamento enquadrado na problemática da gestão da qualidade, em que o doente deve ser o elemento principal, em que tudo deve ser feito por ele, mas principalmente com ele. Tal justifica-se, pois Donadebian (2003) também considera que esta é uma área onde não existem padrões de orientação precisos.

Neste momento pode inferir-se, que o relacionamento entre profissionais de saúde e doente, para ser de qualidade e respeitando a cidadania do doente, não obedece a nenhuma norma rígida e aplicável de forma facilmente mensurável, tal a complexidade do fenómeno, onde nenhum dos modelos de base encontrados pode ser considerado o ideal. Não se pode ignorar que os caminhos do desenvolvimento deste relacionamento, apontam para o aumento do poder do doente e para a individualização da prestação de cuidados respeitando a pessoa humana como ser único.

Nesta estrutura (ver figura 2) definiram-se como ponto central e ao mesmo tempo de partida do que deve ser o relacionamento, dois aspectos fulcrais: A avaliação da competência do doente e a avaliação do nível de organização da doença, os quais vão dar indicações para o modelo de relacionamento adequado a cada momento (o centro e o lado direito e esquerdo do esquema). Mas como estamos perante processos dinâmicos, estas operações, se bem que centrais e com um ponto de partida são permanentes e recorrentes, num processo contínuo em que não há definições definitivas. Este seu carácter permanente obriga ao equacionamento em cada momento do sentido da mudança no relacionamento e do novo modelo a adoptar, num processo muito semelhante ao que Lopes (2006: 317) designa de «reavaliação em contextualização sistemática, com o conhecimento que já se tem do doente».

Figura 2 – Dinâmica explicativa do relacionamento entre os profissionais de saúde e os doentes



Fonte: Fernandes (2009).

A definição do nível de competência do doente e também do grau de organização da doença dá igualmente indicações para o papel do doente e do profissional de saúde e para as estratégias a utilizar em cada momento relativamente ao processo de informar o doente, à gestão da persuasão e à forma como se envolvem os fami-

liares ou pessoa significativa no cuidar do doente. Estes processos claramente seguem a mesma lógica, gerindo a informação de forma que ela caminhe no sentido de apoiar a autodeterminação do doente, que a persuasão deve reduzir a sua intensidade à medida que o doente está mais competente e os familiares devem ser igualmente apoiados no sentido de serem também de apoio à autodeterminação do doente. Assim cada informante assume um dos modelos colocados no cimo do esquema e já explicados anteriormente, pois está presente na sua forma de se relacionar a ideia de não permanecer estático num determinado modelo, mas sim assumir uma relação dinâmica que evolui no todo ou em parte, tendo em conta as dimensões equacionadas.

Pouco mudará se os doentes não forem incluídos no processo avaliativo, em que terão de ser ponderados os seus saberes dominados, que lhes advêm do que conhecem de si, de como se sentem, das experiências que fazem com os regime terapêutico e que lhes permite viver a vida mais de acordo com o que consideram importante.

A correcta articulação de todos os componentes desta dinâmica permite uma actuação com sentido, respeitadora da cidadania do doente, permitindo a cada profissional pensar a forma como articula as suas crenças e valores, o seu papel e o do doente na gestão dos cuidados, com o processo informativo, a persuasão e o envolvimento da família, ao relacionar-se e ao agir com o doente. Permite também que toda a equipa siga o mesmo processo e utilize os mesmos pressupostos, directrizes e formas de se relacionar com o mesmo doente, evitando situações de mal-estar dos doentes que fruto das suas experiências sentem que a forma como são envolvidos nos seus cuidados depende ainda em grande parte mais da forma de ser de cada profissional, das suas crenças e valores, da sua forma de avaliação e ainda do seu estilo preferido.

Considerando que algumas profissionais mantêm o mesmo modelo de relacionamento de uma forma estática, com todos os doentes e em todas as situações, revelando pouca sensibilidade ao doente, claramente se assume que tal postura não respeita a centralidade do doente no seu processo, pelo que se considera ser de menor qualidade, já que está mais centrada no profissional. Na doença crónica as pessoas mantêm com mais propriedade o estatuto de cidadãos pois não se verifica o estatuto de doente tal como definido por Parsons (1966), nomeadamente o afastamento das suas responsabilidades sociais e o afastamento do seu local de habitação, embora predomine na mente dos informantes que ser doente e ser cidadão não colidem.

Considera-se que, em função dos resultados deste trabalho, o relacionamento entre profissionais e doentes deve iniciar-se tendencialmente no âmbito do princípio da beneficência e ir evoluindo para actuações condizentes com o princípio da auto-

determinação. Tem que se assumir que o doente está perante uma situação nova, com toda a fragilidade inerente, que ele desconhece, e que vai iniciar o relacionamento, não só com a sua nova situação, mas também com as pessoas que o vão ajudar a tratar-se. Algumas pessoas iniciam a sua condição de doente e o consequente relacionamento com os profissionais sem qualquer preparação, numa fase de não aceitação da doença, sem as competências mínimas para o envolvimento e com a situação clínica ainda desorganizada. Ao longo do percurso, o doente, com a informação que vai recebendo e com a sua experiência, vai sendo introduzido nos seus problemas, nas terapêuticas, começa a adquirir competências, a ganhar consciência da sua situação, ao mesmo tempo que a situação tende para a estabilidade, o que lhe permite começar a propor alterações terapêuticas que pensa que o irão beneficiar, dando início a um modelo de relação tipo negociação. Se com a evolução da situação o doente atingiu um estado de grande competência estando na posse de todas as suas faculdades e com desejo de autodeterminação, será adoptado predominantemente o modelo de autodeterminação.

No caso das pessoas que apresentam logo no início da sua doença competência bastante para propor medidas terapêuticas ou alterações às prescrições recebidas, numa manifestação clara de querer ter um papel mais activo na sua situação, a relação pode iniciar-se por um modelo de maior envolvimento. Muitas pessoas podem não querer adoptar o modelo de autodeterminação e ficarem-se pelo modelo de negociação como referência, pois a complexidade da situação não lhes permite sentirem-se competentes suficientemente para correr riscos sozinhos, podendo a relação perdurar nesta situação.

Assim, podemos considerar que tanto o modelo de beneficência-autodeterminação como o modelo de beneficência-negociação ou de negociação-autodeterminação são os modelos que se pode inferir como sendo de qualidade e que podem ser preconizados em função dos pressupostos atrás descritos, que incluem o respeito pela vontade do doente, o qual define sempre o nível até onde quer ser envolvido. Contudo, os profissionais não podem esquecer que é sua responsabilidade, promover a autodeterminação dos doentes utilizando para isso as armas que sejam lícitas, e que já foram referidas, como o incentivo, o apoio, a informação, a disponibilidade e a persuasão, entre outras. Também os modelos de beneficência, negociação parcial e autodeterminação em si não são correctos nem errados pois são as referências que dão corpo e por onde passa toda a dinâmica descrita, embora se deva aceitar que tanto o modelo de negociação com o de autodeterminação são modelos que atribuem um papel activo ao doente, com maior poder que no modelo de beneficência.

Neste esquema, a linha de base de toda esta dinâmica é suportada pelo papel atribuível aos modelos de interacção pessoal, que dão suporte a todas as outras

práticas no sentido de que, embora o relacionamento nas profissões de saúde tenha de satisfazer requisitos éticos, na sua essência está a interacção pessoal (Balint, 1998), num processo que não se pode considerar técnico. Segundo os mesmos autores corre-se o risco de tratar as pessoas abaixo de seres humanos se os que recebem cuidados não reconhecerem nos cuidadores os pressupostos básicos que governam os encontros sociais, pois eles sentir-se-ão perdidos por não reconhecerem os aspectos motivacionais e emocionais com os quais estão familiarizados, sentindo por consequência que os seus contributos não serão bem vindos, sentindo-se sem poder, sob o risco de danos na sua auto estima. A importância do domínio interpessoal é que ele certifica que o doente recebe cuidados de uma forma humana e culturalmente adequada mas sem esquecer que o doente deve ser convidado a participar de forma completa nas decisões sobre a sua terapia (Donabedian, 1980).

Este domínio é considerado por Donabedian (2003) o aspecto fulcral da qualidade, pois considera-a base da satisfação do doente e o maior determinante da qualidade do serviço e dos cuidados, e o que permite o doente ganhar confiança no profissional (Berg e Danielson, 2007).

Neste sentido considerou que a relacionamento de qualidade deve ter por base o modelo de convivência como ponto de partida e como suporte do relacionamento, podendo variar ou para uma vertente mais impessoal ou com inclinação para uma tendência familiar, pois os doentes gostam da civilidade e de alguma informalidade, tal como May (1995) encontrou. Os modelos encontrados podem encaixar-se nesta linha e ser vistos como a base de suporte do relacionamento, que oscila entre um maior ou menor distanciamento com a sua impessoalidade e um maior ou menor envolvimento pessoal com mais ou menos familiaridade, dependendo do que mais se adequar à intersubjectividade presente naquele contexto.

Embora, a ideia de importar modelos de outras áreas da vida social para a área da saúde tenha muitos defensores, esta prática parece não ser adequada tendo em conta as conclusões deste trabalho. Assim, os modelos de cliente e de consumidor entre outros, não se aplicam, à área da prestação de cuidados de saúde tal como estão teorizados, pois esta área tem as suas especificidades. A retórica dos cuidados individualizados e a realidade da prática de enfermagem levam a que a nova enfermagem e o consumismo não se coadunem (May 1995). Também Saltman (1992) rejeita o modelo de consumidor por considerá-lo contrário ao empoderamento do doente, onde ele é visto pelo sistema e pelos gestores como um objecto, sem participação na decisão, enquanto que no empoderamento ele é considerado com sujeito. Saltman (1992) defende um modelo de utilizador, baseado em práticas democráticas, mais adequados aos sistemas de Saúde públicos, já que o respeito pela pessoa do doente não é compatível com o modelo de mercado, que não permite escolhas ao doente.

Assumidamente este processo da pessoa se tornar competente leva algum tempo, podendo-se afirmar que nesta situação que envolve uma grande tecnologia e grandes alterações na vida das pessoas ele demora cerca de um ano. Neste processo do doente se tornar competente não se pode esquecer que ele precisa tornar-se consciente de tudo o que a nova situação representa para si, na perspectiva de a incorporar. Deve também ter atingido a fase de aceitação da doença ou de resignação – que se considera uma forma específica de aceitação menos positivista que a aceitação propriamente dita – que estão relacionadas com uma atitude do doente, que lhe permite ter uma vida o mais perto da normalidade possível, já que nos doentes crónicos o objectivo é a sua integração no tecido social (Guerin, 1995).

Esta postura, não vai contra nem invalida que o doente seja ouvido sobre o seu grau de participação, mas dá indicações para situações em que o envolvimento do doente deve ser aprofundado. A direito à autodeterminação do doente não pode colidir com o direito do profissional de não ir contra as suas convicções, nem contra o conhecimento científico, pelo que não é aceitável que o profissional concorde e seja conivente com o doente em situações que manifestamente prejudicam a vida do doente, nem é aceitável que o médico force o doente a fazer tratamentos contra a sua vontade. Também não se pode esquecer que a primeira obrigação do profissional é ser beneficente para o doente sem esquecer que, sendo este o ponto de partida, o caminho deve aproximar o relacionamento do princípio da autodeterminação, que deve ser uma meta dos profissionais e dos doentes.

Como ressalva, pode-se dizer que este caminho tem dois sentidos. Numa primeira fase, com o início da doença, o doente vai ganhando competências principalmente se tiver capacidades cognitivas e maturidade afectiva, e se não for muito idoso, seguindo em direcção à autodeterminação. Num segundo tempo, com o agravamento da situação ao longo dos anos, com o aparecimento inevitável de muitas complicações, o doente pode ir perdendo competências até à manifesta incapacidade do doente, quantas vezes associada à desorganização da doença, que se torna de evolução imprevisível, levando a que o caminho se inverta e passe a ser feito em sentido contrário, da autodeterminação para a beneficência.

Este modelo agora apresentado, tem por pressupostos os princípios éticos e deontológicos preconizados sobre o tema nos diversos documentos que enquadram o trabalho dos médicos e dos enfermeiros nos respectivos códigos deontológicos, indo ao mesmo tempo ao encontro dos direitos dos doentes e do que é preconizado nos sistemas de gestão da qualidade, nomeadamente da Joint Commission. O contributo deste modelo para a gestão da qualidade na saúde, é a proposta de um modelo operacionalizável, explícito para todos os intervenientes, suportado em documentos escrito de forma a poder ser incluído num processo de auditoria, que pode ao mesmo ser ensinado aos profissionais de saúde e que enquadra os aspectos éticos

e legais inerentes à área da saúde. Esta proposta de modelo pode ser considerado um passo importante, para a melhoria da qualidade no que respeita à gestão do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes, já que esta área, tem vivido de recomendações e princípios que cada um dos intervenientes interpreta e operacionaliza de uma forma muito subjectiva, o que inviabiliza os processos de gestão da qualidade.

Referências

- BALINT, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*, Lisboa: Climepsi.
- BALINT, J. e W. SHELTON (1996). 'Forging a new model of the patient-physician relationship', *Jama*, Vol 275 N11, pp. 887-891.
- BEAUCHAMP, T. and J. CHILDRESS (2002). *Princípios de ética biomédica*, São Paulo: Loyola.
- BERG, L. and L. DANIELSON (2007). 'Patients' and Nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 21, pp. 500-506.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2002). 'Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem', *Ordem dos Enfermeiros*, 6 (Março), pp. 39-42.
- DONADEBIAN, A. (1980). *The definition of quality and its assessment*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- DONADEBIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance*, Oxford: Oxford University Press.
- EMANUEL, E. J. e L. L. EMANUEL (1992). 'Four models of the physician-patient relationship', *Jama*, Vol. 267 N.16, pp. 2221-2226.
- ESTEBAN, B. L., M. A.A MATEO, M.G. IZQUIERDO e J.M. MUNUERA (1996). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*, Madrid: McGraw-Hill.
- FERNANDES, M. A. M.(2009). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes*, Coimbra: Formasau.
- FORTIN, M-F (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*, Loures: Lusociência.
- GIBSON C.H. (1991). 'A concept analysis of empowerment', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 16, pp. 354-361.
- GUERIN, M. (1995). *O clínico geral e o seu paciente*, Lisboa: Instituto Piaget.
- HOGG, C. (1999). *Patients, power et politics: From patients to citizens*, London: Sage.
- KROUSE H. J. e S. J. ROBERTS (1989). 'Nurse-patient interactive styles: Power, controle, and satisfaction', *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 11 N.6, pp. 717-725.
- LOPES, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*, Coimbra: Formasau.
- MARTON, F. and S. BOOTH (1997). *Learning and awareness*, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- MAY, C. (1995). 'Patient Autonomy and the politics of professional relationships', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21, pp. 83-87.

- MENDES, F. M. (2005). 'Doenças crônicas: A prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados', *Pensar Enfermagem*, Vol. 9 N.1, pp. 42-47.
- MILES, M. and A. HUBERMAN (1994). *Qualitative data analysis* (2nd edition), Thousand Oaks; CA: Sage.
- PARSONS, T.(1966). *El sistema social*, Madrid: Alianza Editorial.
- PISCO, L. e J. L. BISCAIA, (2001). 'Qualidade em cuidados de saúde primários', *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático 2, pp. 43-51.
- SALTMAN, R. B. (1992). *Patient choice and patient empowerment: A conceptual analysis*, Stockholm: Center for Business and policy Studies. (Occasional Paper nº 40 Augusti)
- SANDBERG, J. (2000). 'Understanding human competence at work: An interpretative approach', *Academy of Management Journal*, Vol.43 N.1, pp. 9-25.
- SCHEMBRI, S. e J. SANDBERG (2002). 'Service quality and consumer's experience: Towards an interpretative approach', *Marketing Theory*, Vol. 2 N.2, pp. 189-205.
- ZANON, U. (2000). *Qualidade na assistência médico-hospitalar*, Rio de Janeiro: Medsi.
- WHO(1998) 'Health Promotion Glossary', *WHO/HPR/HEP/98.1*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1999). 'The Ljubljana Charter on Reforming Health Care', *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 77 N.1.

Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela *Joint Commission International*

Maria Helena Almeida

Mestranda em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Univ Évora/ESTeSL-IPL
Hospital Nossa Senhora do Rosário do Barreiro
lenalmeida@hotmail.com

Ana Isabel Lopes

Mestranda em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Univ Évora/ESTeSL-IPL
Hospital Nossa Senhora do Rosário do Barreiro
ai.nl@hotmail.com

Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

Resumo: O desenvolvimento contínuo da qualidade passou a ser um dos principais elementos a ter em conta nas políticas de saúde. De auto responsabilização no caso do desenvolvimento da qualidade relativa aos profissionais e organizações de saúde e de responsabilização externa por parte do regulador público e do agente contratualizador, em relação às garantias a dar ao cidadão, contribuinte, utilizador. Durante a última década assistiu-se a uma rápida evolução no conceito de qualidade na saúde, exprimindo-se actualmente em três dimensões: **a qualidade em relação à prática profissional**, tanto em termos de processo como de resultados; **a qualidade como elemento central da gestão organizacional** e **a qualidade como marca de garantia e segurança** face ao utilizador dos serviços de saúde, tendo esta última como referência a certificação e acreditação. Tendo como base a relevância desta temática com este artigo pretendeu-se perceber a necessidade, complexidade e exigência crescente da qualidade relacionada com os serviços de saúde,

neste caso das organizações hospitalares. Foram definidos como objectivos: aprofundar conhecimentos sobre aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde e; reflectir sobre uma experiência de utilização do processo de Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*. Inicia-se por uma abordagem conceptual seguida de breve análise das metodologias de qualidade tendo como referência os projectos em curso em Portugal, após o que se analisa a acreditação pela *Joint Commission International*.

Palavras-chave: Qualidade; Melhoria Contínua da Qualidade; Padrões de Qualidade; Acreditação; *Joint Commission International*.

Abstract: Based on the relevance of the thematic of Quality Standards and Accreditation, this article intend to realize a reflection about the need, complexity, and growing requirement relating to quality health services in hospital organizations. We would like to understand the conceptual and methodological issues of health quality and to present a hospital accreditation process experience based on *Joint Commission International*. The article starts with a conceptual approach followed by a brief analysis of the methodologies of health quality with related to the ongoing projects in Portugal, namely the accreditation model based on Joint Commission International.

Keywords: Quality, Continuous quality improvement, Quality Standards, Accreditation; Joint Commission International.

1. Introdução

Nos últimos anos muita atenção tem sido dedicada às questões da qualidade. É do conhecimento mundial que a qualidade é um factor vital para o sucesso das organizações, com ou sem fins lucrativos, públicas ou privadas, sejam quais forem as suas áreas de actividade.

A qualidade emerge como requisito indissociável do sistema de saúde. Este requisito indissociável está relacionado, na nossa perspectiva, com o grande impacto social, político e económico do sector da saúde e tem merecido, por isso, uma maior atenção das entidades responsáveis, designadamente em Portugal.

A reforma do sistema de saúde tem, assim, uma importância relevante, devendo conduzir, simultaneamente, a uma melhoria da saúde das populações e aos melhores resultados de eficiência, com os recursos disponíveis, num contexto de aumento permanente da procura de serviços de saúde.

Os serviços de saúde estão, assim, colocados perante um enorme desafio, pelo que têm demonstrado um interesse crescente nas metodologias da qualidade em saúde, assumindo sistemas de qualidade que consideram corresponder a uma melhor compatibilização entre as exigências e requisitos e os desafios com que se defrontam.

Nesta perspectiva, com este trabalho pretendeu-se aprofundar esta problemática pelo que, para a sua elaboração, foram definidos os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde;
- Reflectir sobre uma experiência de utilização do processo de Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*.

Para a consecução destes objectivos serão abordados alguns aspectos conceptuais e algumas metodologias de qualidade, que são referência em Portugal, após o que se reflecte sobre o processo de acreditação pela *Joint Commission International*, considerando a experiência de uma organização hospitalar que assumiu este compromisso.

2. Aspectos conceptuais e metodológicos da Qualidade em Saúde

Os primeiros estudos relacionados com a qualidade na saúde de que há registo foram provavelmente desenvolvidos pelos Romanos nos seus hospitais militares. A evolução histórica da qualidade apresenta um fio condutor e uma característica comum, relacionada com a necessidade de controlar actividades complexas e com as suas consequências económicas. A necessidade de um sistema de qualidade foi reiterada pela Organização Mundial de Saúde, nas «Metas da Saúde para todos no ano 2000» (meta 31), onde está explícito que «Até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de qualidade dos cuidados aos utentes, no quadro dos sistemas de cuidados de saúde». OMS (1985: 134).

A necessidade implementar **Sistemas de Qualidade em Saúde** foi, então, formalmente assumida por Portugal, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde estando, este último, actualmente, integrado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

2.1. Aspectos Conceptuais da Qualidade em Saúde

A OMS define a qualidade na saúde como «Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria continua da qualidade de cuidados». (Machado e Nunes, 2005:13) Rocha (2006: 115), citando Mollin (2003), refere que a qualidade em saúde consiste «em ir ao encontro das exigências e expectativas dos utentes dos serviços e demais intervenientes, mantendo os custos ao nível mais baixo possível». Importa fazer referência a vários aspectos importantes dos vários conceitos de qualidade que têm vindo a ser enunciados, nomeadamente:

- Adequação a um objectivo (Juran, 1986)
- Conformidade com determinadas especificações (Levit, 1972)
- Conformidade com diversos requisitos (Crosby, 1984)
- Resposta às exigências e expectativas dos consumidores a um dado preço (Mollin, 1995)

Segundo Pisco (2002), a qualidade tem várias características:

- Não é um valor absoluto, pois significa coisas diferentes em diferentes situações;
- É multidimensional, contribuindo para ela múltiplos factores;
- Varia com o tempo;
- Tem implicações ao nível do utente e dos profissionais de saúde, na medida em que depende das percepções e expectativas dos utentes e da participação e envolvimento, reconhecimento e compreensão dos profissionais.

Na perspectiva de Machado (1999), existe, também, um conjunto variáveis que devem ser tidas em conta no âmbito da qualidade em saúde, como sejam:

- Obter a máxima melhoria no estado fisiológico do utente, no menor espaço de tempo possível, ao menor custo, compatível com os interesses do utente;
- Privilegiar e promover a saúde;
- Detectar e tratar a doença o mais precocemente possível;
- Fornecer o serviço, atempadamente, sem prolongamento e descontinuidades desnecessários;
- Manter o utente informado e cooperante no processo de tratamento e nas decisões que lhe dizem respeito;

- Dispor de adequados recursos humanos, técnicos e tecnológicos e garantir se são utilizados de forma eficaz e eficiente;
- Assegurar que todo o sistema se baseia nos princípios científicos mais adequados;
- Manter os registos adequados, permitindo a continuidade do tratamento.

Tem vindo a conquistar interesse em todo o mundo a dimensão da qualidade – Acreditação, como marca de garantia e segurança dos utilizadores dos serviços de saúde. A Acreditação passou, assim, a ser considerada uma importante ferramenta de gestão, eficaz na avaliação da qualidade.

De acordo com Pereira (2005), a Acreditação é um processo segundo o qual uma entidade não governamental, independente e distinta, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz os requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados.

2.2. Aspectos Metodológicos da Qualidade em Saúde

Em Portugal, no âmbito da melhoria do desempenho dos serviços de saúde, têm as organizações vindo a delinear um percurso que denota a preocupação em assegurar a qualidade e segurança dos cuidados, como passos fundamentais para a reforma estrutural do sistema de saúde, para além de se confrontarem com as questões de sustentabilidade económica e financeira. Neste percurso da qualidade na saúde, realça-se a certificação de serviços e de unidades de saúde e a acreditação dos hospitais.

Dos vários projectos de qualidade entretanto desenvolvidos pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) iremos debruçar-nos sumariamente, pela sua relevância para a reflexão necessária ao presente trabalho, sobre o *King's Fund Health Quality Service* (HQS), o *Qualigest* (modelo de autoavaliação da gestão baseado no modelo EFQM), as Normas de Orientação Clínica (NOC), os Manuais da Qualidade na Admissão e Encaminhamento e os indicadores de desempenho *Portuguese Quality Indicator Project* (PQIP).

■ King's Fund Health Quality Service (HQS)

No âmbito da qualidade organizacional, o IQS, estabeleceu, em 1999, um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*, com o objectivo de criar uma parceria com o Sistema Português da Qualidade na Saúde no que se refere ao desenvolvimento e implementação de um programa de acreditação dos Hospitais Portugueses.

Este processo de acreditação é baseado na implementação e avaliação, por pares, de um conjunto de padrões e critérios preestabelecidos, aplicados à área da gestão institucional, gestão de recursos humanos, direitos e necessidades dos pacientes e serviços específicos. Este programa contribui para o envolvimento multidisciplinar, para o reconhecimento da boa prática e para a melhoria continua da qualidade.

Com a acreditação procura-se melhorar aspectos relacionados com a melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e, conseqüentemente, com a melhoria do desempenho das organizações.

Sumariamente pode dizer-se que:

- É um processo de reconhecimento de que a organização cumpre determinados critérios e atinge determinados padrões internacionalmente aceites;
- É uma avaliação externa, independente, periódica e voluntária;
- Baseia-se em normas que se constituem como um guia e permitem a autoavaliação, a detecção das deficiências e a possibilidade de correcção.

Constitui-se, assim, como um sistema de verificação de qualidade, permitindo o reconhecimento externo de que aquele hospital tem implantado um sistema de acordo com o referencial exigido.

■ Qualigest

O Qualigest, lançado em 1999, é baseado no modelo da qualidade total da EFQM e tem o seu enfoque na avaliação da qualidade da gestão dos órgãos de gestão das entidades prestadoras de cuidados de saúde e das Administrações Regionais de Saúde.

O *Modelo de Excelência EFQM*, em que se baseia o Qualigest, é considerado um modelo de excelência de gestão. Assenta em vários pressupostos, entre os quais a necessidade de ter em conta as diferentes partes interessadas na organização, clientes, colaboradores, fornecedores, accionistas e a própria sociedade. (IQS: 2001) Concebido inicialmente para grandes empresas, tem vindo, este modelo, a ser adaptado e utilizado em empresas de menor dimensão e, também, em organizações

de saúde. Constitui-se como uma matriz de auto-avaliação que conduz à melhoria contínua da qualidade da gestão, e tem como premissa **Resultados chave do desempenho** excelentes, no que se refere ao desempenho relativo aos *clientes*, *pessoas* e *sociedade*. Estes resultados são alcançados através da **Liderança** na condução da *política* e *estratégia*, das *pessoas*, das *parcerias* e *recursos* e dos **Processos**. A inovação e a aprendizagem são as molas do progresso da organização, devendo ser continuamente alimentadas. Estes nove critérios, classificados por meios (como se faz) e resultados (o que se alcança) envolvem vários sub-critérios, num total de 32, e estão suportados num sistema de pontuação que varia entre 0 e 100%, que estabelece o nível de Excelência em que se encontra a organização. A avaliação do desempenho faz-se comparando a realidade da empresa com o preconizado no Modelo.

O Qualigest é, também, constituído por um conjunto de critérios que permitem a cada órgão gestor proceder à avaliação dos meios por si implementados para cumprimento dos seus objectivos e missão e dos resultados obtidos.

Segundo, Rocha (2006), neste modelo a excelência dum serviço resulta da excelência de vários factores e, aplicado à Unidades de Saúde, trás vários benefícios, entre os quais:

- Utilização de uma linguagem comum;
- Abordagem de todas as partes da organização;
- Iniciativas da melhoria da qualidade colocadas no centro da actividade;
- Envolvimento de todo o pessoal;
- Uso de benchmarking com outras organizações de saúde;
- Medição do nível de cuidados;
- Introdução de melhorias.

■ Normas de Orientação Clínica (NOC)

As NOC, cujo projecto teve início em Portugal em 1999, têm surgido em todo o mundo por via do aumento da complexidade dos cuidados, da evidência científica e da disseminação de novos conhecimentos.

As normas de orientação clínica constituem mais uma ferramenta de gestão, que tende a promover algumas alterações significativas no actual sistema de saúde. Poderão contribuir como instrumentos de alteração de políticas de saúde, através da identificação de novas carências e análise da distribuição mais justa de recursos, no sentido da melhoria da eficiência dos serviços. Resultante desta situação gerou-se um grande movimento para a realização de protocolos e guias de prática clínica

Segundo Machado e Nunes (2005) as NOC são um conjunto de afirmações desenvolvidas de forma sistematizada e baseadas na evidência científica, que sur-

gem para apoiar as decisões do pessoal clínico e dos utentes, acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas.

Conduzem a benefícios para os profissionais de saúde e utentes, na medida em que se poderão traduzir em melhorias significativas através de práticas mais seguras e eficazes.

■ Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Doentes

O manual da qualidade na admissão e encaminhamento de doentes, surge da necessidade do Ministério da Saúde actuar nestas áreas consideradas críticas.

Com este projecto, iniciado em 2000, pretendeu-se estabelecer procedimentos para a identificação, registo, marcação, acolhimento, admissão, informação, orientação e encaminhamento dos utentes dos serviços de saúde. Tem como objectivo a dinamização e sistematização e consequentemente eliminação de não conformidades e a redundância de actividades sem valor acrescentado.

O Manual tem como pressupostos:

- «A relação de uma metodologia da gestão da qualidade que pudesse ser aplicada no controlo dos processos críticos do processo do doente.
- A adopção de uma norma de referência universalmente aceite para a área da saúde -NP/EN/ISSO 9002.
- Possibilidade de auditorias independentes.»Rocha (2006:133)

■ Portuguese Quality Indicator Project (PQIP)

O *Portuguese Quality Indicator Project* surge na sequência da adesão de Portugal, em 2001, a um projecto Americano denominado *Quality Indicator Project*, no qual já havia participado, no âmbito da criação de uma base de dados comparativa de indicadores da qualidade e no desenvolvimento de um programa efectivo de avaliação do desempenho na área clínica.

Trata-se de uma ferramenta de gestão, cuja participação é voluntária e que assenta no facto dos dados obtidos servirem de meio para melhorar a qualidade. É suportada por um conjunto de 20 indicadores e cerca de 200 medidas, divididas em dois grandes grupos – Internamento e Ambulatório, estando descritas em pormenor e direccionadas para fomentar o bom desempenho da actividade profissional de médicos e enfermeiros. A informação recolhida permite às instituições a comparação dos resultados obtidos internamente e externamente em relação a uma base de dados fornecida pelo projecto.

2.3. A Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*

Nos últimos anos a Acreditação pela JCI afirmou-se como um meio por excelência de monitorização da melhoria contínua, nos serviços de saúde, com vantagens em termos de eficácia, baseada em ferramentas de gestão. A *Joint Commission International* é uma divisão da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, uma organização norte-americana que se dedica há dezenas de anos às questões da Qualidade nas organizações de Saúde.

Segundo Pereira (2005), é considerada a maior entidade acreditadora destas organizações nos Estados Unidos, avaliando actualmente, cerca de 20 000 programas de saúde, cuja iniciativa foi criada para responder a uma exigência crescente de normas baseadas na avaliação da saúde em todo o mundo. As normas e indicadores internacionais foram objecto de consenso e de experiências em mais de 30 países.

A Acreditação hospitalar, segundo as normas da *Joint Commission International* (JCI), tem a seguinte filosofia:

- Avaliar globalmente a organização, tendo como pressuposto que o utente representa um conjunto bastante complexo de processos e funções.
- Utilizar normas consensuais para a avaliação da Qualidade.
- Envolver todos os profissionais de saúde no desenvolvimento das normas e avaliação dos processos.
- Focalizar no utente o desenvolvimento das normas e a avaliação dos processos, bem como as questões da segurança e efectividade dos cuidados prestados.
- Criar uma cultura de Melhoria Contínua da Qualidade.

A Acreditação tem como referencial um Manual Internacional de Padrões de Acreditação JCI que está organizado em 11 funções e 368 padrões, dos quais cinco funções são dirigidas ao doente/utente e seis à organização, conforme enumerado no quadro que se segue.

Quadro 1 – Dimensões de Acreditação JCI

	Funções Doente	Funções Organização
Acesso e continuidade de cuidados (ACC) – 25	*	
Direitos do Doente e sua Família (PFR) – 36	*	
Avaliação do Doente (AOP) – 44	*	
Cuidados Prestados ao Doente (COP) – 70	*	
Educação do Doente e sua Família (PFE) – 10	*	
Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente (QPS) – 46		*
Prevenção e Controlo da Infecção (PCI) – 21		*
Administração, Gestão e Liderança (GLD) – 30		*
Gestão do Ambiente Hospitalar e da Segurança (FMS) – 27		*
Formação e Qualificação dos Profissionais (SQE) – 28		*
Gestão da Informação (MOI) – 31		*

Fonte: Normas da Joint Comission International.

O conjunto das normas internacionais é o resultado de um longo processo de evolução e aperfeiçoamento tendo em atenção todas as partes interessadas: utentes, fornecedores, consultores, profissionais da saúde, entre outros. As normas são utilizadas para desenvolver e estabelecer programas de Acreditação em todo o mundo, abrangendo organismos públicos e outras entidades, que procuram avaliar e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

As Etapas da Acreditação pela JCI são as seguintes:

1. Apresentação da metodologia e Manual de Padrões de Acreditação;
2. Sensibilização da gestão de topo
3. Constituição de grupo facilitador
4. Elaboração e desenvolvimento do programa de formação do hospital
5. Auto-avaliação
6. Pesquisa de opinião de doentes e funcionários
7. Preparação do Hospital para a avaliação

8. Estabelecimento da agenda para a avaliação
9. Avaliação de diagnóstico
10. Discussão do relatório e recomendações
11. Elaboração do plano de acção (programa de gestão) para a conformidade com os padrões
12. Implementação das acções correctivas
13. Avaliação simulada
14. Continuação das acções correctivas
15. Avaliação para Acreditação

A decisão da Acreditação é baseada no nível de conformidade encontrado na Organização Hospitalar em cada uma das normas aplicáveis e nas declarações de intenção à data da auditoria.

A Acreditação é válida por três anos, findo os quais o Hospital é submetido a auditorias de renovação. É um processo bastante complexo, de profundo impacto interno e que leva a mudanças significativas na realidade existente, onde o utente será, sem dúvida, o principal beneficiário.

Os benefícios resultantes desta acreditação é que ela permite estabelecer um compromisso da parte da organização hospitalar, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente, garantindo um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a minimizar riscos quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde.

3. Reflexão sobre uma experiência da Acreditação hospitalar pela *Joint Commission International*

Iremos efectuar a **análise crítica** sobre a experiência de um hospital que está em processo de acreditação pela JCI. Neste Hospital estão definidas a **Missão, Visão e Valores do Hospital**, que são os seguintes:

- **Visão** – Ser um Hospital de excelência para a comunidade e uma referencia nacional.

- **Missão** – O Hospital tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua. Promover ainda a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras Instituições.
- **Valores** – Profissionalismo, Humanismo, Inovação, Rigor, Eficiência e Responsabilidade.

O Hospital considera que a acreditação pela Joint Commission International terá uma importância inestimável na melhoria da qualidade da prestação de cuidados, sendo o seu grande objectivo assegurar os mecanismos para atingir a excelência da prestação de cuidados de saúde.

■ As razões da escolha pela *Joint Commission International*

A opção pelo modelo da JCI baseou-se nas seguintes razões:

- a) Focalização do hospital no doente, seu principal cliente.
- b) Exigência e uso sistemático de indicadores de qualidade, associados a uma política e prática de melhoria contínua da qualidade.
- c) Inspiração em métodos avançados de gestão da qualidade, sujeitos a uma actualização contínua.
- d) A mais larga experiência acumulada em acreditação de hospitais e outras organizações de saúde.

■ O Planeamento do processo

No planeamento do processo foi necessário fazer uma adequação da organização interna e a divulgação do processo, tendo sido consideradas as seguintes fases:

1. *Envolvimento da liderança* – Decisão de acreditação; conhecimento dos standards; gestão da mudança; afectação de recursos;
2. *Programa Formativo* – Conhecimento dos standards; envolvimento das equipas de gestão e operacionais; análise das práticas actuais face aos standards;
3. *Identificação dos líderes das equipas de trabalho* – Identificação das equipas de trabalho por funções da norma e respectivos líderes; definição das competências;
4. *Identificação das políticas e procedimentos* – Identificação das políticas e procedimentos a rever e/ou desenvolver; identificação das práticas a alterar;

5. *Implementação* – Desenvolvimento de planos de implementação detalhados, incluindo as necessidades de formação; programação temporal; monitorização das acções de implementação;
6. *Desenvolvimento dos planos* (Qualidade, Informação e Segurança) – Identificação dos planos a desenvolver; definição dos responsáveis; programação para a aprovação e implementação;
7. *Programação: definição de prazos e metas* – Revisão da programação do processo; estabelecer a data de acreditação;
8. *Actividades de revisão* – Revisão documental; entrevistas; visitas aos serviços; revisão dos registos clínicos; revisão das infra-estruturas;
9. *Elaboração do plano de acção em função da revisão e melhoria* – Programação; definição de responsáveis e monitorização das acções;
10. *Acreditação* – Avaliação.

O processo de Acreditação envolveu a globalidade da estrutura hospitalar, incluindo os serviços clínicos, de apoio clínico, administrativos, logísticos e de apoio geral.

Para concretizar o programa de acreditação do Hospital a estrutura da equipa contemplou o Conselho de Administração, foi criado o Gabinete de Gestão da Qualidade, o Serviço de Gestão do Risco e Núcleos da Qualidade, tendo em conta as funções previstas no Manual Internacional de Acreditação.

■ As Políticas da Qualidade já Aprovadas

- Política de Melhoria da Qualidade
- Política de Educação do Doente e da Família
- Política de Acompanhamento do Doente
- Política de Gestão do Risco e Segurança do Doente
- Política de Eventos Sentinela
- Política de Transporte Externo
- Política de Recursos Humanos
- Política de Formação
- Política de Estágios

Cada uma das políticas deu origem a múltiplos procedimentos que foram igualmente aprovados e estão implementados na organização.

■ Reflexão Crítica

Constata-se que a Acreditação Hospitalar pela *Joint Comission International* se perspectiva nas seguintes dimensões da qualidade: **em relação à prática profissional, como elemento central da gestão organizacional e como marca de garantia e segurança** face ao utilizador dos serviços de saúde.

— **Consideraram-se factores relevantes** em todo o processo de implementação do programa de acreditação os seguintes:

- *O Estabelecimento de uma estratégia de actuação*, analisando os factores críticos existentes, definindo e divulgando a missão, os princípios e objectivos do processo e definindo a estratégia de envolvimento dos serviços e dos profissionais nas actividades a desenvolver, incentivando a comunicação e informação;
- *A Afectação da equipa*, definindo a constituição da equipa, o perfil de funções, competências e responsabilidades e equacionando as necessidades de apoio à equipa: meios e recursos;
- *A Elaboração do plano de formação*, analisando as necessidades de formação (específica e transversal) e desenvolvendo o plano de formação;
- *A Liderança do processo*, implementando a metodologia de gestão do projecto, desenvolvendo os programas de gestão (geral e específico por serviço) através do modelo de gestão estratégica por objectivos. Foi, assim, definida como estratégia prioritária no Hospital a «*Consolidação das políticas de qualidade – Acreditação pela Joint Comission International*». O objectivo «*Desenvolver as actividades necessárias ao processo de acreditação JCI*» foi, então, disseminado em cascata por todos os serviços e colaboradores.

— **Como vantagens da acreditação pela JCI** poderá referir-se o facto dos seus referenciais serem concebidos especificamente para a área da saúde. Os benefícios obtidos pelos prestadores de cuidados prendem-se com a melhoria do desempenho organizacional e, conseqüentemente, dos cuidados prestados aos utentes, a demonstração do comprometimento da organização com a segurança e a qualidade, a melhoria da confiança da comunidade e a promoção do processo ensino aprendizagem dos profissionais de saúde suportada pela evidência.

— **Comparando as normas de acreditação da JCI** com algumas normas dos programas de Qualidade verifica-se que têm em comum:

- Critérios ou normas explícitas, vistas como um conjunto de expectativas pré-estabelecidas, que são aprovadas por uma entidade competente;

- Revisores externos, vistos como consultores convidados ou auditores enviados pela entidade competente, com autoridade para efectuar uma avaliação ou inquérito em comparação com os critérios ou normas pré-estabelecidas ou explícitas.

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) tem uma abordagem que está de acordo com a filosofia da JCI na medida em que proporciona uma estrutura chave estratégica e critérios (ou normas) para gerir uma organização e identificar as oportunidades de melhoria. O EFQM, tem uma abordagem holística cobrindo todos os aspectos das actividades e resultados da organização, sendo os processos chave das normas da JCI muito relacionados com as normas do EFQM. As normas da JCI que identificam processos chave na política, estratégia e gestão do conhecimento na organização e as normas que apoiaram a relação do utente mostraram uma boa correlação com o modelo EFQM. JCI (2005)

Muitas das normas da JCI são mais detalhadas que os critérios do EFQM, especialmente as relacionadas com o conteúdo do processo clínico, o controlo da infecção, a gestão dos edifícios, das instalações e de materiais, a educação do doente e família, os cuidados e avaliação específicos dos utentes, os critérios dos profissionais.

— **Análise S.W.O.T.** – desta experiência consideram-se pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*), destacando-se:

Como **Pontos fortes**:

- Maior comprometimento da organização com a qualidade.
- Incremento do trabalho em equipa multidisciplinar.
- Aumento do potencial de conhecimento dos profissionais através da formação.
- Introdução de indicadores de performance clínicos e não clínicos, bem como ferramentas de monitorização.
- Mudança dos processos centrada nos utentes.
- Aumento do reconhecimento dos profissionais sobre a importância do ambiente e práticas seguras.

Como **Pontos fracos**:

- Falta acompanhamento sistemático em proximidade com as práticas, por falta de clarificação de quem era responsável pelo mesmo.

- Falta de profissionais dedicados a tempo inteiro ao desenvolvimento do processo.
- Fraco empenho de alguns profissionais médicos na apropriação das políticas e procedimentos.

Como **Ameaças**:

- Dificuldade do grupo profissional médico se envolver nos núcleos de qualidade.
- Dificuldade de incluir nas horas de trabalho efectivo dos profissionais o tempo necessário para a elaboração dos procedimentos de qualidade.
- Adequação da legislação portuguesa a alguns standards exigidos.
- Dificuldade em manter bons níveis de motivação dos envolvidos

Como **Oportunidades**:

- Incremento da satisfação efectiva dos utentes/clientes.
- Minimização de riscos para utentes e profissionais.
- Desenvolvimento contínuo dos profissionais através da prática baseada na mais actual evidência.
- Melhoria da comunicação e articulação entre profissionais e serviços.
- Incremento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.
- Desenvolvimento de uma cultura para a qualidade.

Consideramos que a análise S.W.O.T. contribuiu para analisar a situação actual e determinar o que poderá trazer o futuro, permitindo definir estratégias e identificar actividades que minimizem as ameaças e criem mais oportunidades.

4. Conclusão

Com base na experiência da aplicação do JCI, é de considerar que é num vector estratégico de excelência organizacional que se integram as medidas de melhoria contínua da qualidade com orientação para os resultados obtidos nos clientes, gestão por processos, envolvimento das pessoas, responsabilidade pública, aprendizagem, entre outros, que se pretende que façam parte do dia-a-dia do Hospital.

Realçam-se, ainda, outros factores críticos de sucesso para este processo como a assunção de valores como a humildade, capacidade de aprendizagem contínua, capacidade de comunicação (saber ouvir, transparência na informação, cultura de registo/evidência), espírito de equipa e coesão social (envolvimento de todos). Percebe-se a necessidade de um espaço para os profissionais verificarem o que fazem menos bem feito, reconhecerem o que fazem bem feito e proporem acções/projectos de melhoria assistencial, organizacional ou mudanças de comportamentos e atitudes.

O modelo reforça o compromisso de todos na concretização dos resultados, com enfoque para a segurança de utentes e profissionais.

Trata-se de uma metodologia em que o envolvimento e a aprendizagem organizacional são fundamentais, sendo o principal desafio colocado pela acreditação o da adopção de **novas práticas culturais**. Isto não significa qualquer contradição com a nossa cultura tradicional, mas um aprofundamento de valores éticos e civilizacionais, num contexto e numa **perspectiva multiprofissional e interdisciplinar**.

Conclui-se, da experiência da aplicação do sistema, que a dificuldade não é auditar as práticas, mas sim reestruturar a organização como um todo, melhorando as estruturas, os procedimentos, reafectando os recursos, efectuando o ajustamento das pessoas ao perfil de funções e às necessidades da organização, desenvolvendo as lideranças e a comunicação e potenciando o enfoque no utente /cliente/cidadão.

A qualidade é um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento.

Resta referir que se consideram atingidos os objectivos definidos no presente trabalho, dados os contributos obtidos com a pesquisa e abordagem efectuada para o aumento da compreensão e aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática.

Referências

- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2001). Modelo de Excelência da EFQM: conceitos e benefícios. *Qualidade em Saúde*, 4, 30-32.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2005). *Standards for Hospitals*. (s.l.): JCI.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2005). *Preparing for Accreditation*. Lisboa: JCI
- MACHADO PILAR, NUNES RUI (2005). *Diagnóstico da qualidade dos serviços públicos da saúde*. Porto, Entidade Reguladora da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As metas de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento.

- PEREIRA, CARLA GONÇALVES (2005). *Acreditação dos serviços de saúde*. Apresentado na 13ª Conferência SINASE, Saúde e Administração Pública: na senda da sustentabilidade. Lisboa, 18 de Abril.
- PISCO, L. (2002). Cúmplices na Qualidade, *Qualidade em Saúde*, Edição Especial, 02-04
- REIS, FERNANDO (2002). O modelo de Excelência da EFQM: Uma ferramenta para a excelência da gestão. *Qualidade em Saúde*, 5, 38-41.
- ROCHA, OLIVEIRA (2006). *Gestão da qualidade de saúde aplicada aos serviços públicos*, 1ªed. Lisboa: Escolar Editora.

Qualidade dos sistemas de informação num serviço de radiologia

Ana Fonseca

Técnica de Radiologia do Hospital de Curry Cabral
Responsável da área de Radiologia da Clínica Médica Cirúrgica do Marques
fonseca.nita@gmail.pt

Paulo Resende da Silva

Investigador do Coimbra Centre for Innovative Management,
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Docente no Departamento de Gestão,
Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora
pfs@uevora.pt

Resumo: A preocupação com a qualidade pelos serviços pelas organizações de saúde é uma realidade. Em resultado disso têm sido implementados sistemas de informação a fim de melhorar a qualidade dos procedimentos e do processo clínico e de gestão. A qualidade dos sistemas de informação assume particular destaque pelo papel que os sistemas de informação têm na gestão. Avaliar a qualidade dos sistemas de informação é crucial para perceber se os mesmos potenciam uma melhoria da qualidade de desempenho dos profissionais de saúde. Para tal, realizou-se este estudo de natureza descritiva num serviço de radiologia de um hospital, aplicando-se um questionário para avaliar a qualidade do sistema de informação e os impactos do mesmo na melhoria de desempenho dos profissionais de saúde em causa.

Palavras-chave: Qualidade, Sistemas de Informação, Qualidade dos Sistemas de Informação, Gestão da Informação, Gestão de Serviços de Saúde.

Abstract: The concern about the quality of the accounted services by the health organizations is a reality. Information systems have been installed in many services in order to improve the management and clinic quality process and procedures. The quality of information systems as a particular importance by the role of IS in management. Is crucial evaluate the information systems quality to understand if they increase the results of the health care professionals. In this sense, we develop this descriptive study, applying a questionnaire to evaluate the information systems quality in Radiology Service and there impacts in work results.

Keywords: Quality, Information Systems, Information Systems Quality, Information Management, Health Management.

1. Introdução

Os sistemas de informação transformaram-se nos últimos anos como a panaceia para a resolução de todos os problemas de gestão nas unidades económicas. Uma unidade económica (seja ela uma empresa de serviços ou produtiva ou de transportes, etc., ou uma instituição pública ou uma unidade de saúde...) sem informação não se conhece e sem sistemas de captura, formatação, tratamento e memorização de dados ou informação não se pode governar.

A procura incessante por informação implica um crescimento acelerado do desenvolvimento de sistemas de suporte à mesma. O uso de dados e de informação é um factor determinante para a aprendizagem, para a aquisição/desenvolvimento de vantagens organizacionais e para a acção e alteração de comportamentos organizacionais.

Os decisores recebem informação de diversas formas, mas a maioria dessa informação estão disponíveis nas distintas fontes internas: humanas, textuais e electrónicas. Todas estas fontes procuram responder às necessidades de informação e usam instrumentos e ferramentas para aceder e trabalhar os dados.

A informação é, assim, encarada como um recurso essencial para as unidades económicas (Amaral, 1994), não pela sua novidade no seio delas, mas pelo simples facto de as unidades económicas serem por natureza sistemas orgânicos baseados em informação e pelo facto de hoje se potenciar o seu uso e re-uso pelas tecnologias de informação e da comunicação e pelos sistemas de informação.

O potencial de acesso, e uso, e memorização dos dados e da informação suportado pelos sistemas de informação e pelas tecnologias de informação e da comunicação coloca problemas críticos em termos da qualidade dos sistemas e da própria informação. Esta realidade exige assim a criação de uma estrutura organizacional com capacidade para assegurar que os dados e a informação estejam disponíveis no momento, na forma e na quantidade desejável para os seus consumidores. Em suma, que a informação e os dados tenham qualidade e, como se usam sistemas para processar os dados e a informação, que os sistemas de informação possuam qualidade.

Os problemas com a qualidade dos sistemas de informação são sentidos de forma rotineira por todas as organizações, com diferentes níveis de gravidade e de prejuízo. O impacto negativo traduz-se em custos desnecessários, em processos de decisão afectados ou na perda de confiança dos clientes/consumidores.

Nas organizações de saúde colocam-se os mesmos problemas, sendo que nestes casos encontramos duas grandes áreas de análise e de problemas, que nalguns

casos podem ser antagónicos, mas devendo sempre prevalecer em deles (o mais importante e relevante): os dados e a informação de gestão e os dados e a informação clínica.

Temos assim, que a preocupação com a qualidade dos serviços, da prestação de serviços em saúde, sendo uma preocupação crescente, não o é menos a qualidade da informação disponibilizada aos actores que serão os agentes da prestação do serviço clínico (os profissionais de saúde, em particular os médicos, os enfermeiros e os técnicos de diagnóstico, entre outros).

As mudanças induzidas pelos sistemas de informação na gestão e nos serviços de saúde e as preocupações relacionadas com a aplicação adequada de novas ferramentas de gestão da informação, têm contribuído para o desenvolvimento de estudos, reformas e mudanças por parte dos actores do sistema de saúde (os seus profissionais clínicos – médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e os profissionais de gestão – administradores, gestores, técnicos administrativos).

Pretendemos assim, estudar e analisar a qualidade dos sistemas de informação, isto é, de que forma esses sistemas potenciam e melhoram o desempenho dos profissionais. Partimos do pressuposto de que a melhoria do desempenho se traduz, concomitantemente, numa melhoria dos serviços de saúde prestados. Para o efeito, iremos estudar um serviço, a implementação e o uso de sistemas de informação num serviço de radiologia, numa unidade de saúde em concreto, um hospital central.

Desta forma, este artigo encontra-se dividido em quatro partes:

- a) abordagem aos conceitos qualidade, sistemas de informação e qualidade dos sistemas de informação;
- b) desenho do modelo e objectivos de investigação;
- c) metodologia aplicada;
- d) análise dos resultados e conclusões.

2. Qualidade dos Sistemas de Informação: enquadramento

A qualidade dos sistemas de informação visa dar resposta à importância que os mesmos têm tido. A crescente importância no uso e desenvolvimento de sistemas de informação criam novas exigências organizacionais.

A informação é hoje o recurso estratégico chave. O seu reconhecimento como recurso significa que a informação terá de ser gerida como tal, sendo necessária a existência de uma estrutura capaz de assegurar que ela esteja disponível no momento, na forma e na quantidade desejável para os seus consumidores.

Nas distintas práticas profissionais há sempre contacto com dados e informação, não só para se conhecer sobre a realidade, mas também para se obter capacidade de acção sobre essa mesma realidade. Estando a informação tão incorporada no nosso quotidiano, tão assimilada de forma incorpórea nos nossos actos e acções, tão disponível e visível em todo o lado, que nunca nos questionamos: será que a informação tem qualidade?

Devemos assim perceber o significado de informação e de sistema de informação, para que possamos compreender as principais dimensões e atributos de avaliação da qualidade da informação e dos sistemas de informação.

Contudo, temos de perceber o que significa informação, em primeiro lugar, para podermos compreender a relevância dos sistemas de informação e para entendermos a importância da qualidade da informação e dos sistemas de informação.

Ao falar-se de Informação estamos a referenciar algo criado artificialmente pelo Homem, para estabelecer uma rede de linguagem de comunicação entendível e perceptível pelo mesmo. A informação representa factos e acontecimentos aos quais se atribui um padrão de leitura dos mesmos e que se traduzem através de uma linguagem de representação, em especial a escrita em distintos formatos e em distintas formas de memorização.

Por outro lado, devemos ter sempre o cuidado de não confundir Informação com a Tecnologia de suporte. Apesar de existir uma forte interacção entre as duas, elas são «coisas» diferentes, pelo que devemos evitar o risco enunciado por Davenport «*nosso fascínio pela tecnologia nos fez esquecer o objectivo principal da informação: informar*» (Davenport, 1998, 11).

Ora a informação tem como finalidade última reduzir a incerteza, podendo-se utilizar ou não as tecnologias de informação para capturar, tratar, memorizar e comunicar os dados que a suportam. Por outro lado, mesmo que tenhamos a tecnologia mais evoluída isso não é o garante da qualidade e do sucesso no uso e disseminação da Informação. Tudo será inútil se as Pessoas não partilharem informação e se os utilizadores dos sistemas não estiverem interessados na informação facultada pelas tecnologias de informação e pelos sistemas de informação existentes internamente.

Desta forma, a informação organizacional é a representação de um evento, facto, acontecimento sujeito a um conjunto de padrões de compreensão e/ou análise, criando assim informação, que após a sua formatação própria em função do con-

texto específico de cada unidade organizacional, estabelece (pode estabelecer) relações com o espaço (transmitida), o tempo (memorizada) e a forma (tratamento) (Le-Moigne, 1978).

Contudo, quando analisamos os Modelos Informacionais temos de ter em conta que muitas vezes se continua a pensar que *«a informação é facilmente armazenada nos computadores na forma de dados, que mais bancos de dados é a única forma de administrar a complexidade da informação»* (Davenport, 1998, 12).

Neste quadro, antes de construirmos, desenvolvermos ou comprarmos sistemas e tecnologias de informação devemos definir que informação necessitamos, precisamos de partilhar, quem a recolhe, produz, trata, altera, dissemina ou consulta, para que a mesma possa ter um significado para o negócio e, principalmente, para os utilizadores, consumidores e produtores da informação.

2.1. Sistemas de Informação

Sistema de Informação é um sistema manual ou automatizado (que pode ser denominado como Sistema de Informação Computadorizado) que inclui pessoas, máquinas, e/ou métodos organizados para recolher, processar, transmitir e disseminar dados.

A área de conhecimento nos Sistemas de Informação é considerada pelos pesquisadores como uma área multi ou trans-disciplinar, devido às inter-relações com outras áreas do conhecimento, tais como Engenharia informática, Ciências informática, Administração, Economia, Direito, Ciência da Informação e outras.

As concepções mais modernas de Sistemas de Informação contemplam também os Sistemas de Telecomunicações e/ou equipamentos relacionados; sistemas ou subsistemas inter-conectados que utilizam equipamentos na aquisição, armazenamento, manipulação, gestão, movimento, no controle, na exposição, na troca, no intercâmbio, na transmissão, ou na recepção da voz e/ou dados, e inclui o software e hardware utilizados.

Pode ser definido como um Sistema de Informação todo o sistema usado para prover informação (incluindo o seu processamento), qualquer que seja o uso feito da informação. Um Sistema de Informação possui vários elementos inter-relacionados que colectam (entrada), manipulam e armazenam (processo), disseminam (saída) os dados e informações e fornecem um mecanismo de retorno (feedback).

Um sistema de informação, no sentido abstracto e amplo do conceito, visa definir a lógica de formatação-transmissão-memorização-tratamento (Le-Moigne, 1978b.)

de dados com base em padrões definidos, e que são próprios de cada unidade económica ou de cada sistema organizacional, tendo como finalidade produzir informação de governo e de consumo (Pallote-Rivas, 1989).

Os SI devem ser concebidos para darem resposta aos objectivos organizacionais, para reduzir e eliminar a redundância, a incoerência e os atrasos dos dados e da informação (Edward, Ward e Bytheway, 1995, 28-29). O seu desenvolvimento deve dar resposta às principais actividades criadoras de valor e à missão da organização. Por outro lado, a implementação dos SI deve ter em consideração os níveis organizacionais a que se destinam (Laudon e Laudon, 2000; Schultheis e Sumner, 1998).

Temos assim que o sistema de informação é um conjunto de processos organizacionais que visa a transformação da informação (considerando os seus inputs de dados e informação), a transmissão da informação (os seus inputs, mas também os outputs e os diferentes tipos de documentos, dados e informações) e a localização/armazenamento física(o), com uma tecnologia adequada para o efeito, desses documentos, informações e dados.

Desta forma, sendo a organização vista como conjunto de processos que implicam acções e decisões, então analiticamente podemos distinguir três níveis (Lozzi, Maggolini e Migliarese, 2000), em termos de estrutura de sistema de informação:

- Institucional – produção e transmissão de informação relacionada com os objectivos estratégicos;
- Operacional – produção e transmissão de informação, por um lado, e procedimentos requeridos para serem aplicados nas diferentes tarefas e actividades, por outro lado; e
- Tecnológico – sistema de informação para gestão visando a produção e transmissão necessária para o controlo e a coordenação das actividades e das tarefas, ou seja, para o estabelecimento das relações de interdependência das informações e dos dados entre as diferentes estruturas orgânicas da organização.

O Sistema de Informação da Organização melhora os níveis de congruência da comunicação, das informações e dos dados entre os diferentes níveis organizacionais, de gestão e entre as tecnologias existentes.

Assim, o sistema de informação é desenhado para «*create reports, report-generating systems, decision-systems, workflow systems, group systems, and enquiry systems all sorts*» (Boland Jr., 1999, 229), isto é, a concepção de um sistema de informação visa criar um quadro de referência de diferentes sistemas internos envolvendo dados e informações, visando sempre disponibilizá-los para a gestão dos processos e para a tomada de decisão.

Desta forma, um sistema de informação não é mais do que uma solução organizacional para responder ao contexto, tendo implicitamente três tipos de impactos (Laudon e Laudon, 2000):

- na organização – na cultura, na estrutura, na liderança e nas relações de poder, ou seja, nas variáveis organizacionais;
- na gestão – nos instrumentos de gestão, nas políticas funcionais, nos resultados; e
- na tecnologia – na forma como fazemos e os meios com que fazemos.

As principais vantagens de um Sistema de Informação bem construído são inúmeras, porque permite um acesso rápido às informações, garantia de integridade e veracidade da informação, garantia de estabilidade, garantia de segurança de acesso à informação.

2.2. Qualidade

Qualidade é um conceito que escapa a uma definição simples. O conceito de «Qualidade», com origem nas civilizações anteriores ao nascimento de Cristo, começou a ser implementado, com maior ênfase, na Civilização Grega a propósito da qualidade de governação e dos direitos da cidadania (Godinho & Neto, 2001).

Apesar do conceito «qualidade» conviver connosco há milénios, foi considerado função formal da gestão. O número de actividades relacionadas com a qualidade aumentou significativamente e são consideradas fulcrais para o sucesso e sobrevivência das empresas (António, 1995).

Embora exista uma série de definições sobre qualidade, regista-se uma convergência em relação ao seu objectivo. A maioria designa a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes como um objectivo fundamental a atingir. Numa abordagem subjectiva, Garvin (citado por António, 1995) salienta que os clientes têm diferentes interesses e os produtos que melhor os satisfaçam são aqueles que, na sua perspectiva, possuem melhor qualidade.

A *International Organisation for Standardisation* (ISO) define qualidade «como o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades específicas ou implícitas do cliente» (Madeira, 1995).

A *American Nacional Standart Institute* (ANSI) e a *American Society for Quality Control* (ASQC) define qualidade «como o conjunto de características de um produto ou serviços que lhes permite satisfazer necessidades expressas ou implícitas».

A *Association Française de Normalisation* (AFNOR) define qualidade «A qualidade de um produto ou de um serviço é a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos utentes».

Em Portugal, a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) define qualidade como: a totalidade das características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer uma dada necessidade.

Qualidade é «o conjunto das características inerentes a um produto ou serviço de forma a satisfazer os requisitos de todas as partes interessadas». Consideram-se partes interessadas, todas as entidades que de algum modo usufruem ou têm interesses nos produtos e serviços da empresa/ organização: os seus Clientes e Utentes, claro, mas também os seus Accionistas e Investidores, os Colaboradores, a Sociedade, o Meio Ambiente e o próprio Estado que, através da Legislação e Regulamentação que publica, completa os requisitos dos Consumidores/Utentes dos produtos e serviços.

A Qualidade é assim e cada vez mais, o «motor» do sucesso de qualquer organização e o grande factor de distinção e escolha de produtos e serviços.

A Qualidade de uma organização, dos seus produtos e serviços tem um valor inegável e é um factor concorrencial decisivo (a escolha de um produto ou serviço é cada vez mais baseada na respectiva Qualidade).

A globalização da economia relança e acentua a competição entre os diversos produtos e serviços e a sua selecção é feita com base na respectiva Qualidade, sendo assim uma imposição crescente em qualquer que seja o mercado no qual a organização se insere.

No entanto o simples enunciado da Qualidade dos produtos e serviços não é suficiente. O que se exige também é que a organização comprove dispor dos meios e recursos necessários ao desenvolvimento de produtos e serviços de Qualidade e à sua melhoria contínua, de forma a acompanhar o crescente e natural aumento de exigência dos seus Clientes.

Verifica-se uma convergência de ideias quanto à definição de qualidade onde a satisfação total dos clientes e a sua fidelização, parece ser o objectivo primordial a alcançar. Todavia não é possível satisfazer este objectivo se os serviços prestados não forem adequados às necessidades, importa pois, que sejam desenvolvidas metodologias de intervenção, de forma a responder com eficácia a essas necessidades.

Qualidade tem sido um conceito amplamente debatido e aplicado na prática. No que diz respeito à informação, reconhecida que está a sua importância, a aplicação do conceito de qualidade é possível e produz mais valias no contexto da utilização de informação. Comparar um sistema de informação a uma indústria é estabelecer

um paralelo útil para a aplicação das técnicas e das ferramentas da qualidade no campo da gestão da informação.

Os hospitais têm vindo a abraçar projectos inovadores informatizados para um melhor controlo da informação com o objectivo de mais e melhores resultados, ou seja, mais e melhor qualidade nos serviços de saúde.

Como um Sistema de Informação deve reflectir o que ocorre numa organização, como um espelho, enfatizamos que o mesmo deve ser coerente com a realidade. Isto significa que as informações, que o sistema contém, reflectem a realidade.

Manter a coerência é difícil face à forma, idade ou frequência da informação com que se está a lidar. No entanto, de nada serve ter um Sistema de Informação onde a informação não é coerente com a realidade.

Para um Sistema de Informação ter qualidade, além de se conhecer a organização e a documentação formal, é necessário: vontade, investimento e capacidade, ou seja, conhecimento, organização, planeamento, metodologias e ferramentas para implementar com sucesso um Sistema de Informação de qualidade.

A qualidade nos Sistemas de Informação vai desde a conformidade aos requisitos funcionais e de desempenho explicitamente declarados, a padrões de desenvolvimento claramente documentados e a características implícitas que são esperadas de todo o sistema profissionalmente desenvolvido. Para um Sistema de Informação de qualidade têm de ser cumpridos os padrões ISO (*International Organization for Standardization*) e as necessidades dos clientes e/ou utilizadores.

2.3. Dimensões da Qualidade dos Sistemas de Informação

Todas as decisões que se tomam são baseadas num conjunto de informação que está disponível no processo de tomada de decisão, algo que faz depender a decisão final das características da informação que lhe serviu de input. Informação com insuficiente qualidade não produzirá uma decisão adequada que, quando aplicada, produza os resultados esperados.

Qualidade está surgir como uma questão fundamental para os sistemas de informação. Sistema de Informação de Qualidade tem como objectivo a avaliação dos seus principais componentes, ou seja, sistema de qualidade, a qualidade dos dados, informações de qualidade, bem como modelo de qualidade e método de qualidade.

O «*total quality management*» (TQM) representa a abordagem mais organizacional ao problema da gestão da qualidade. É antes de mais uma filosofia ou atitude

baseada no princípio da melhoria contínua, na crença de que é sempre possível fazer mais e melhor. É uma abordagem disciplinada que integra técnicas de gestão com ferramentas da qualidade.

A Qualidade Total dos Sistemas de Informação, segundo a nossa perspectiva de acordo com Stylianou (2000), Laudon e Laudon (2000) e Serrano, Caldeira e Guerreiro (2004) é um conceito multi-dimensional e as suas dimensões deverão ser:

- Qualidade da Infra-estrutura: *hardware* e *software* que é mantida pelos Sistemas de Informação, inclui por exemplo, a qualidade das redes e dos sistemas operativos.
- Qualidade do *Software*: qualidade das aplicações de *software* construídas, mantidas ou suportadas pelo Sistema de Informação.
- Qualidade de Dados: qualidade de dados que entram nos diferentes Sistemas de Informação.
- Qualidade da Informação: a qualidade do *output* resultante do Sistema de Informação. Em muitos casos o *output* de um sistema é o *input* de outro, por isso a Qualidade da informação está relacionada com a dos dados.
- Qualidade Administrativa: é a qualidade da Gestão dos Sistemas de Informação, inclui a qualidade do orçamento, planeamento e de programação de tarefas.
- Qualidade do Serviço: é a qualidade da componente dos serviços dos Sistemas de Informação, inclui a qualidade do apoio aos clientes.

A qualidade nos Sistemas de Informação está relacionada com vários elementos, tais como: produtividade, eficiência, eficácia, efectividade, economia e segurança, a soma de todos estes elementos define o grau de qualidade de um Sistema de Informação.

Nos dias de hoje é quase impossível falar em Sistemas de Informação sem falar de computadores e dos seus respectivos *softwares*.

Um sistema baseado em computadores, como o Sistema de Informação em estudo, quase sempre tem um elemento humano, pois uma pessoa pode interagir directamente com o *software*, realizando um diálogo que direcciona a função do sistema. Sendo por isso a dimensão com a maior relevância para o nosso estudo.

Nos Sistemas de Informação (Stylianou, 2000; Laudon e Laudon, 2000) podemos elaborar como conceitos de Qualidade do Software as seguintes características:

- Defeito zero: é importante para as aplicações ou sistemas críticos, onde as consequências de uma falha podem ser desastrosas.
- Requisitos funcionais adequados: possua um número de funções ou requisitos funcionais adequados à satisfação do cliente e/ou utilizador.

- Confiabilidade: conjunto de atributos que evidenciam a capacidade do *software* de manter o seu nível de desempenho sob condições estabelecidas durante um período de tempo estabelecido.
- Codificação estruturada e elegante: onde qualquer engenheiro de *software* e/ou sistemas possa efectuar modificações sem dificuldades.
- Desempenho satisfatório: tempo de resposta adequado.
- Custo adequado: onde o investimento seja justo e proporcione resultados e retorno.
- Desenvolvimento rápido e produtivo: onde a equipa de desenvolvimento e cliente e/ou utilizador tenham elaborado um planeamento adequado e satisfatório.
- Eficiência: conjunto de atributos que evidenciam o relacionamento entre o nível de desempenho do *software* e a quantidade de recursos usados, sob condições estabelecidas.
- Facilidade: para que o cliente e/ou utilizador possa manipular o *software* ou sistema de forma acessível.
- Portabilidade: conjunto de atributos que evidenciam a capacidade do *software* ser transferido de um ambiente para outro.

A Qualidade do *software* pode ser definida como o conjunto de características a serem satisfeitas num determinado grau, de modo a que o *software* satisfaça as necessidades dos seus utilizadores. Um *software* tem qualidade quando responde às especificações, ao orçamento previsto e aos prazos de entrega acordados.

O processo de *software* é o conjunto de actividades, métodos, práticas e tecnologias que as pessoas utilizam para desenvolver e manter *software* e produtos relacionados. A qualidade de um produto de *software* é fortemente dependente da qualidade do processo pelo qual ele é construído e mantido.

Construir um *software* é um processo que envolve a compreensão de um problema e a construção de uma solução para esse problema, a implementação da solução e a modificação dos hábitos das pessoas para a implantação dessa solução dentro do ambiente que dela necessita.

O processo de produção de *software* é interactivo: segue um ciclo de especificação, análise, projecto, programação, implantação e ajustes.

A falta de uma arquitectura do *software* simples, flexível e que centralize o processo, gera sistemas sem qualidade. A qualidade do *software* não acontece naturalmente durante o desenvolvimento de um sistema, esta deve ser tratada como parte da engenharia de *software*, onde a ênfase é baseada numa arquitectura adequada.

Os problemas de qualidade do *software* podem ser classificados em duas categorias: falhas na qualidade de conformidade e falhas na qualidade de desempenho.

Uma das características mais importantes que um *software* deve ter, consiste na facilidade de manutenção, facilidade de adequação às necessidades das organizações. Os sistemas de informação precisam ser continuamente modificados, com rapidez, para responder às necessidades do mercado e para manter a organização em posição competitiva.

O aumento de qualidade é acompanhado por um aumento de produtividade e redução de custos que se traduz em menos trabalho, além de uma maior satisfação do cliente.

O aumento da qualidade do *software* depende também muito do uso e de práticas adequadas. Para assegurar a máxima qualidade do *software*, as empresas devem investir na preparação, formação, capacitação e aproveitamento dos recursos humanos nesta actividade, além do compromisso com a garantia de qualidade do *software* produzido.

Uma forma eficiente de aumentar a qualidade e subsequentemente produtividade do grupo de desenvolvimento de *software* é a utilização de processos de desenvolvimento leves, não burocráticos, centrados em arquitectura e orientados às pessoas (Filgueiras, 2000).

A decisão de adquirir um *software* para uma organização deve ter em linha de conta as necessidades específicas do que se quer atender, a existência de um *software* que responda a estas necessidades e a sua qualidade.

3. Desenho do Modelo e Objectivos de Investigação

A análise da qualidade do sistema de informação passa pelo modelo de análise de seis dimensões que permitem validar de que forma os utilizadores sentem que os mesmos correspondem e satisfazem as suas necessidades.

O desenho deste projecto visa avaliar a qualidade do sistema de informação numa unidade de saúde, em particular um serviço específico dentro de uma unidade de saúde portuguesa.

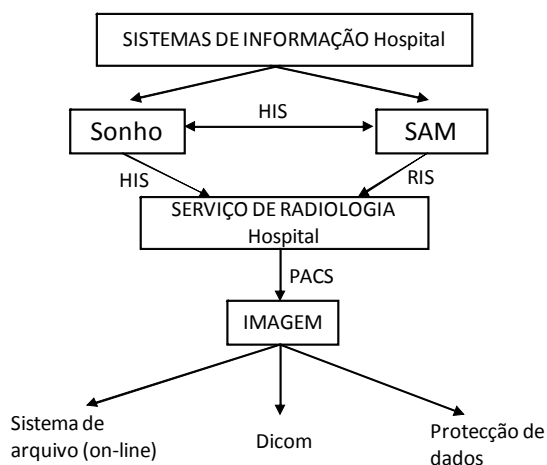
Para tal, foi desenhado um questionário que foi aplicado aos grupos profissionais que utilizam nas suas actividades o sistema de informação do serviço como apoio às suas actividades profissionais.

O sucesso do uso dos sistemas de informação, após o seu desenvolvimento e implementação, passa pela forma como o mesmo é usado e os resultados que o mesmo permite alcançar pelos distintos profissionais.

O modelo de avaliação da qualidade do sistema de informação incorpora seis dimensões de avaliação: infra-estrutura, *software*, dados, informação, administrativa e serviço. Contudo, como a dimensão *software* incorpora em si particularidades especiais, a mesma também foi objecto de avaliação específica, estudando-se seis das 7 dimensões (zero defeitos, requisitos funcionais adequados, codificação estruturada e elegante, desempenho satisfatórios, desenvolvimento rápido e facilidade). O modelo procurou avaliar os sistemas de informação usados no serviço de radiologia de um hospital) (figura 1).

Pretende-se com esta investigação avaliar a qualidade dos sistemas de informação na perspectiva dos seus utilizadores. Para se compreender melhor a forma como os utilizadores avaliam os sistemas de informação, dever-se-á identificar que sistemas são usados, por um lado, e descrever os parâmetros da qualidade dos sistemas de informação, por outro lado, para que possamos avaliar os mesmos.

Figura 1 – Sistemas de Informação do Serviço de Radiologia do Hospital



Como se poderá verificar, são usados neste serviço dois tipos de sistemas de informação. Os gerais, implementados pelo IGIF, para a área administrativa – SONHO – e para a área clínica – SAM, acoplados a um sistema de registo de dados administrativos dos doentes – HIS; e os específicos, para os serviços de radiologia, como o sistema de informação radiológico – RIS – e o sistema de arquivo e comunicação de imagens médicas digitais – PACS.

Independentemente dos sistemas de informação usados, em termos genéricos o processo clínico no serviço de radiologia incorpora um fluxo de dados que passa para captação de uma imagem, após a recepção e marcação dessa prescrição médica, que será objecto de análise, para posterior elaboração de relatório técnico, a ser enviado, em conjunto, a imagem e o relatório, ao profissional que prescreveu o exame.

As unidades de análise nesta investigação foram os profissionais (os respondentes) que usam os sistemas de informação no serviço de radiologia de um hospital central. Um questionário foi desenvolvido e distribuído, presencialmente, a fim de recolher os dados que permitam validar os objectivos de investigação, avaliar a qualidade dos sistemas de informação.

No serviço de radiologia deste hospital trabalham cinco grupos profissionais, nomeadamente, Médicos, Técnicos de Diagnostico e Terapêutica, Enfermeiros, Administrativos e Auxiliares de Acção Médica, contudo somente foram questionados os grupos profissionais que trabalham e utilizam os sistemas de informação em estudo: os médicos, os técnicos de radiologia e os administrativos. No total foram aplicados 55 questionários, tendo sido distribuídos da seguinte forma: médicos, 17 questionários; técnicos de radiologia, 31 questionários; e, administrativos, 7 questionários.

Procurava-se analisar a qualidade dos sistemas de informação, as seis dimensões (infra-estrutura, *software*, dados, informação, administrativa e serviço), através das variáveis referentes aos dados dos profissionais utilizadores dos sistemas de informação no serviço de radiologia, das variáveis referentes aos próprios sistemas de informação utilizados e das variáveis referentes à preparação desses profissionais para usarem os sistemas através da formação.

Foram, após estudo das dimensões para a avaliação da qualidade de sistemas de informação, elaboradas as perguntas e foi analisado de que forma as mesmas deveriam ser colocadas a estes profissionais. Dos testes prévios realizados, julgou-se pertinente diferenciar as perguntas, tendo-se assim, construído três questionários, um por cada grupo profissional, contudo mantendo em geral as mesmas perguntas, diferenciando-se os questionários pelo número de perguntas aplicadas e pela diferenciação de algumas das perguntas, isto é, existem grupos de perguntas iguais nos

três questionários, contudo existem perguntas específicas para cada grupo, pois só se aplicam a estes grupos (quadro 1).

Quadro 1 – Questionários

	Médicos	Técnicos	Administrativos
Caracterização pessoal	Sexo, Idade, Anos profissão, Grau académico, Categoria profissional e Especialidade	Sexo, Idade, Anos profissão, Grau académico e Categoria Profissional	Sexo, Idade, Anos profissão e Categoria profissional
Sistemas de informação	9 perguntas, uma delas inclui 4 alíneas	12 perguntas	8 perguntas
Formação	8 perguntas + 2 globais		

Como se pode verificar pelo quadro 1, o total de perguntas por grupo profissional não é homogéneo, tendo-se procurado descrever as perguntas de acordo com o perfil específico desses profissionais. Após os testes prévios realizados, a versão final dos questionários apresentava 27 questões fechadas e 1 aberta no questionário dirigido aos médicos, 26 questões fechadas e 1 aberta no questionário dirigido aos técnicos, 21 questões fechadas e 1 aberta no questionário dirigido aos administrativos, todos os questionários são constituídos por três partes.

Com a primeira parte do questionário pretendeu-se caracterizar a amostra com base nos dados pessoais e profissionais, nomeadamente no que diz respeito ao sexo, idade, anos de profissão, grau académico, categoria profissional especialidade.

Na segunda parte pretendeu-se conhecer a opinião dos respectivos grupos sobre os Sistemas de Informação, no que diz respeito aos conhecimentos sobre os mesmos e a sua utilização, foram contemplados aspectos como a melhoria da qualidade, das condições de trabalho, do volume de trabalho, acessibilidades aos Sistemas de Informação, à utilização, às marcações, aos processos dos doentes, à informação detalhada, ao transporte da informação e aos tempos de espera (quadro 2).

A terceira parte do questionário diz respeito à formação realizada, ao acompanhamento e esclarecimentos sobre os Sistemas de Informação e a receptividade aos mesmos. Por último, duas perguntas generalistas nomeadamente sobre o serviço como um todo, que pretendem saber vantagens e desvantagens da implementação

dos Sistemas de Informação e uma pergunta aberta que permite ao inquirido expressar factos que ele considere valorizáveis.

**Quadro 2 – Perguntas da segunda parte dos Questionários:
Sistemas de Informação**

Médicos	Técnicos	Administrativos
1. Os SI e a qualidade do trabalho	1. Os SI e o volume de trabalho	1. Os SI e o volume de trabalho
2. Os SI e a facilidade de trabalho	2. Os SI e a qualidade do trabalho	2. Os SI e a qualidade do trabalho
3. Os SI e a acessibilidade	3. Os SI e a facilidade de trabalho	3. Os SI e melhoria do serviço
4. Os SI e a informação	4. Os SI e a acessibilidade	4. Os SI e momentos mortos
5. Os SI e o avanço tecnológico	5. Os SI e melhoria do serviço	5. Os SI e os recursos humanos
6. Os SI actual comparativamente ao anterior	6. Os SI e momentos mortos	6. Os SI e o acesso
7. Os SI são bons	7. Os SI e a rapidez de resposta	7. Os SI e a informação
8.1. Rapidez de acesso à plataforma	8. Os SI e a informação	8. Os SI e o utente
8.2. Rapidez de acesso à ficha	9. Os SI e o avanço tecnológico	
8.3. Rapidez de acesso aos exames	10. Os SI actual comparativamente ao anterior	
8.4. Qualidade das imagens	11. Os SI são bons	
9. Perdas qualidade de comunicação das imagens	12. Os SI e os recursos humanos	

Como nos pareceu adequado, face ao enquadramento conceptual, nem todas as dimensões foram avaliadas nos três grupos profissionais; contudo, este facto não coloca em causa a avaliação da qualidade do sistema de informação. Pelo facto de termos concebido três questionários, que apesar da sua homogeneidade no tipo e no perfil de perguntas, elaborámos uma tabela de comparabilidade das perguntas homólogas entre três em função das dimensões de análise dos sistemas (quadro 3).

Quadro 3 – Dimensões da Avaliação Qualidade dos Sistemas de Informação (e do software) – grupo de perguntas Sistemas de Informação

Qualidade	Administrativos (questões)	Técnicos (questões)	Médicos (questões)
1. Infra-estrutura	6	6 e 11	6,; 8.1, e 9
2. Software	3, 4 e 6	3, 4, 6, 7 e 11	3, 4, 8.2 e 8.3
I. Defeito zero		2 e 11	2, 8.4 e 9
II. Requisitos funcionais adequados	1, 3 e 6	3, 6 e 11	3 e 6
III. Codificação estruturada e elegante		1	1
IV. Desempenho satisfatório	4 e 6	6 e 7	6, 7, 8.2 e 8.3
V. Custo adequado			
VI. Desenvolvimento rápido		11	
VII. Facilidade	1, 3, 4 e 6	1, 3, 4, 6 e 7	1, 3, 4, 6, 7 e 8.1
3. Dados	1, 3, 4 e 7	1, 3 e 11	1, 3, 8.2 e 8.3
4. Informação	1, 2, 3 e 7	1, 2, 3, 4, 7 e 11	1, 2, 3, 4, 7 e 8.4
5. Administrativa	1 e 4		
6. Serviço	2	2	2

4. Análise e Resultados da Avaliação da Qualidade do Sistema de Informação no Serviço de Radiologia

Para melhor conhecer os respondentes, em termos da sua caracterização geral, no conjunto dos três grupos profissionais estudados (Médicos, Técnicos e Administrativos) verifica-se que existe uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino 67,3%, sendo de maior predominância o grupo da faixa etária que compreende as idades 31-40 anos; por sua vez, no que diz respeito aos anos de profissão, este grupo situa-se predominantemente entre os 11-20 anos de profissão, sendo de salientar também que o grau académico depende do grupo profissional sendo que os administrativos têm formação básica, os restantes, nomeadamente os técnicos

têm respectivamente 61,3% licenciatura e os médicos todos eles têm que ter licenciatura.

Como se pretende avaliar a qualidade do sistema de informação, este artigo focalizar-se-á a analisar o sistema de informação segundo duas perspectivas. A primeira, avaliando a forma como os profissionais avaliam o sistema de forma geral (quadro 4). A segunda, avaliando a qualidade de acordo com a metodologia definida para este trabalho (quadro 5).

No que se refere à análise e avaliação que os profissionais fazem do uso do sistema de informação, salientam-se os seguintes aspectos.

Nas perguntas comuns entre Administrativos e Técnicos, verifica-se que, de um modo geral, o sistema de informação não diminuiu o volume de trabalho, que existiu uma melhoria de um melhor trabalho e de melhores serviços prestados para os Administrativos, que os Técnicos passaram a ter mais momentos mortos de trabalho e que eles avaliam a inserção de sistemas de informação como uma forma de reduzir meios humanos no serviço (quadro 4).

Por sua vez, na análise comparativa entre os Técnicos e os Médicos identificam-se os seguintes aspectos: os Técnicos sentem que os sistemas de informação facilitam mais o seu trabalho, que os Médicos consideram mais favoravelmente o sistema implementado e que ambos os profissionais consideram ser um avanço tecnológico relevante a implementação e o uso deste sistema de informação (quadro 4).

De salientar ainda que estes três grupos profissionais consideram que, com este sistema, acedem à informação que necessitam, contudo, somente os médicos consideram aceder a toda a informação que necessitam. Em termos de melhoria da qualidade do trabalho prestado, somente os médicos consideram com muito positivo a utilizam deste sistema (quadro 4).

Tendo em conta que se pretende avaliar a qualidade do sistema de informação, proceder-se-á assim, de acordo com a metodologia apresentada (vide quadro 3), à análise resultante da avaliação que os profissionais fazem da qualidade dos sistemas de informação que usam na sua actividade profissional, tanto no processo de gestão como no processo clínico (quadro 5).

Quadro 4 – Como avaliam e caracterizam o sistema de informação

Administrativos versus Técnicos	Os sistemas de informação reduziram de alguma forma o volume de trabalho? - De um modo geral, ambos indicam que os sistemas de informação não trouxeram benefícios evidentes no que diz respeito ao volume de trabalho. Os sistemas de informação trouxeram alguma melhoria, que se possa traduzir em menos trabalho/maior serviço prestado? - Para os Administrativos a maior frequência está no «Sim» e para os Técnicos está no «Não», isto é, para os Administrativos os sistemas de informação trouxeram alguma melhoria, que se possa traduzir em menos trabalho/maior serviço prestado, enquanto para os Técnicos tal não acontece. Passou a ter alguns momentos mortos que não tinha antes da implementação dos sistemas de informação? - Da parte dos Técnicos existem mais vezes alguns momentos mortos que não tinham antes da implementação dos sistemas de informação, o que não acontece tanto, segundo os Administrativos. A implementação de sistemas de informação leva à redução de meios humanos? - Por parte dos Técnicos, estes vêem a implementação de sistemas de informação como uma redução de meios humanos.
Técnicos versus Médicos	Os sistemas de informação facilitam o seu trabalho? - Os Técnicos, em relação aos médicos, acham que os sistemas de informação facilitam mais o seu trabalho. Considera acessível a utilização dos sistemas de informação? - De um modo geral, para os médicos, está mais acessível os sistemas de informação, que para os técnicos. Como utilizador dos sistemas de informação, considera que o sistema que está implementado é um bom sistema? - Embora esta questão fosse a mesma para as duas categorias, o questionário dos técnicos não tinha a opção «Podia ser melhor», mas ainda assim, parece claro que para os Técnicos o sistema de informação é pior do que para os Médicos. Considera que os sistemas de informação são um sinal de avanço tecnológico? - No que diz respeito a esta questão, não existem diferenças nas respostas obtidas pelas duas categorias profissionais, sendo considerado por todos que os sistemas de informação são um sinal de avanço tecnológico.
Administrativo versus Técnicos versus Médicos	Tem acesso a toda a informação de que necessita para o seu desempenho? - A classe médica é aquela que manifesta mais ter acesso a toda a informação de que necessita para o seu desempenho. Os sistemas de informação melhoraram de alguma forma a qualidade do seu trabalho? - A classe médica foi aquela cujos sistemas de informação trouxeram mais qualidade ao seu trabalho.

**Quadro 5 – Qualidade dos Sistemas de Informação (e do software)
no Serviço de Radiologia**

	Administrativos	Técnicos	Médicos
1. Qualidade da Infra-estrutura	Podemos dizer que o acesso ao sistema de marcações foi considerado bom.	De um modo geral pode-se dizer que o SI implementado não é de boa qualidade.	De um modo geral pode-se dizer que o SI implementado não é de boa qualidade.
2. Qualidade do Software	De um modo geral podemos afirmar que o SI tem qualidade pois trouxe benefícios que o podem classificar como tal.	De um modo geral podemos afirmar que o SI tem qualidade pois trouxe benefícios que o podem classificar como tal.	De um modo geral podemos afirmar que o SI não tem qualidade pois não trouxe benefícios que o possam classificar como tal.
I. Defeito zero		O SI ainda não se apresenta da forma desejada.	O SI está muito bem classificado, mas talvez ainda pudesse ser apresentado de forma a não ter defeitos.
II. Requisitos funcionais adequados	O SI possui o número de funções ou requisitos funcionais adequados à satisfação do utilizador.	O SI possui o número de funções ou requisitos funcionais adequados à satisfação do utilizador, mas talvez sejam insuficientes.	O SI possui o número de funções ou requisitos funcionais adequados à satisfação do utilizador.
III. Codificação estruturada e elegante		O SI não possibilita a diminuição de volume de trabalho.	O SI possibilita a diminuição de volume de trabalho.
IV. Desempenho satisfatório	O SI possui um tempo de resposta adequado.	O SI possui um tempo de resposta adequado.	O SI não possui um tempo de resposta adequado, podendo ser melhorado.
V. Desenvolvimento rápido		O SI não é considerado um bom sistema de informação	
VI. Facilidade	O SI pode ser manipulado de forma acessível.	O SI pode ser manipulado de forma acessível, mas poderia ser melhorado.	O SI pode ser manipulado de forma acessível, mas poderia ser melhorado.
3. Qualidade de Dados	Insuficiente.	Insuficiente.	Insuficiente.
4. Qualidade da Informação	Insuficiente.	O SI proporcionou de um modo geral melhor qualidade de informação	O SI de informação proporcionou, em geral, uma melhor qualidade de informação.
5. Qualidade Administrativa	O SI proporcionou melhor qualidade administrativa		
6. Qualidade de Serviço	O SI proporcionou maior qualidade de serviço	O SI proporcionou maior qualidade de serviço, mas insuficiente.	O SI proporcionou maior qualidade de serviço

6. Conclusões

O desenho e o modelo de investigação visavam analisar, na perspectiva dos profissionais, a qualidade dos sistemas de informação utilizados no apoio aos processos de gestão e ao processo clínico.

Em termos gerais detecta-se que o sistema é considerado, globalmente, como tendo qualidade, apesar de se identificar com muita clareza aspectos que carecem de reformulação urgente, na perspectiva dos utilizadores do sistema, ou de melhor clarificação, explicação e formação no uso do sistema, na perspectiva da avaliação realizada.

Esta análise é corroborada pelo conjunto de elementos que são apresentados pelos respondentes ao questionário, quando lhes é questionado qual a opinião geral que os mesmos têm sobre o sistema de informação. Verificando-se as respostas dadas detectam-se um conjunto de palavras-chaves, a partir de uma análise meramente quantitativa da análise de conteúdo às mesmas e organizando-as em torno de considerações mais favoráveis ou desfavoráveis (quadro 6). Verifica-se que em termos do processo clínico o sistema tem qualidade, apesar de se registar uma qualidade muito grave nas falhas que o sistema tem.

Quadro 6 – Análise das opiniões sobre os sistema de informação em termos gerais

Opiniões Favoráveis	Opiniões Desfavoráveis
Optimização do Sistema (49.1%)	Falhas do Sistema (49.1%)
Mais valia (47.3%)	Redução da Informação (18.2%)
Melhoria da Qualidade de Imagem (5.5%)	Falta de formação (18.2%)
Questões Ambientais (3.6%)	Sistema Lento (16,4%)
Diminuição das Reclamações (1.8%)	Falta de acessibilidade ao pessoal informático (7.3%)

Relembrando que este estudo foi desenvolvido num Serviço de Radiologia de um Hospital Central, podemos concluir que a existência de diferentes categorias profissionais conduz-nos para uma observação mais alargada, para se ter uma percepção de todo o sistema.

A nível administrativo (Administrativos), conclui-se que o Sistema de Informação ao nível do agendamento e de todo o processo que envolve as marcações é considerado bom, tendo melhorado a qualidade do trabalho em geral é de salientar ainda uma maior organização e uma maior abertura da comunicação inter-serviços. São referidos aspectos negativos no que diz respeito a alguma falta de informação, que é considerada necessária para uma melhor prestação, assim como falhas do sistema.

A nível técnico (Técnicos), conclui-se que o sistema permitiu melhorias ao nível da qualidade do trabalho (menos falhas técnicas) melhorias ao nível da qualidade de imagem, permite ainda uma maior rapidez na realização de todo o processo que envolve a realização do exame. É de referir que foi sentida uma melhoria considerável no que diz respeito à comunicação inter-serviços. Como aspecto negativo salienta-se alguma falta de informação, que é considerada necessária para uma melhor prestação. Embora considerem benefícios, salienta-se que os técnicos consideram este sistema um mau sistema porque referem ter muitas falhas, devendo ser melhorado.

A nível clínico (Médicos), conclui-se que o sistema permitiu melhorias ao nível da qualidade de trabalho facilitando a consulta de outros exames, consideram ainda que o sistema é acessível e que comparativamente ao sistema anterior é considerado muito melhor. A qualidade de imagem nos exames é boa, embora existindo alguma perda dessa qualidade no transporte da mesma. São referidos como aspectos negativos a falta de rapidez do sistema assim como as frequentes falhas que o sistema tem.

Podemos verificar que as opiniões seguem duas linhas de referência comum a todos os inquiridos, sendo que os sistemas de informação são sem duvida alguma, uma mais valia a todos os níveis, por outro lado é um sistema com muitas falhas de rede, assim como falhas do próprio sistema.

Referimos ainda um comentário que pensamos resumir a opinião dos inquiridos, *«Havendo formação adequada e um sistema informático eficaz, os sistema de informação serão sempre uma mais valia para qualquer serviço. O nosso sistema precisava ser revisto e optimizado pois tem muitas falhas o que provoca por vezes o caos»*.

Considerando o que foi descrito anteriormente, e face ao objectivo deste estudo, verifica-se a existência de alguns aspectos que podem ser melhorados para que a Qualidade dos Sistemas de Informação seja realizada na sua plenitude e com os fins a que se destina.

Referências

- AMARAL, LUIS. (1994). *PRAXIS – Um Referencial para o Planeamento de Sistemas de informação*, Tese de Doutoramento, Braga: Universidade do Minho.
- ANTÓNIO, N. (1991). *Qualidade Teoria e prática*. Lisboa: Silabo.
- ANTÓNIO, N. (1995). *Quality Theory and practice*. Macau: Macau Foundation.
- BOLAND JR., RICHARD J. (1999). «Accounting as a representational craft: lessons for research on information systems» in Currie, Wendy L. and Galliers, Bob (Edited by). *Rethinking management information systems*. Oxford: Oxford University Press. pp. 229-244.
- DAVENPORT, THOMAS H. (1998). *Ecologia da informação*. São Paulo: Editora Futura.
- EDWARDS, CHRIS. WARD, John and BYTHEWAY, Andy. (1995). *The essence of information systems*. Second Edition. London: Prentice Hall.
- FILGUEIRAS, E.Q., PINTO, A.G. (2000). «Arquitectura: a Real Crise em Qualidade de Software, *Revista Developers' Magazine*, nº 49 (Set.), pp. 34-36.
- GODINHO, M & NETO, S. (2001). *Qualidade: Uma prática secular*. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.
- HUANG, H.K., et all. (2004). «PACS and Imaging Informatics – Basic Principles and Applications». Los Angeles: Wiley-Liss.
- LAUDON, KENNETH C. and LAUDON, Jane P. 2000. *Management information systems*. Sixth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- LE MOIGNE, Jean-Louis. (1978). «La théorie du système d'information organisationnel. 2. La définition fonctionnelle du SIO». *Informatique et Gestion*, nº 102. Decembre. pp. 28-31.
- LOZZI, MASSIMO. MAGGIOLINI, PIERCARLO and MIGLIARESE, PIERO. (2000). «Joint design of organization processes and information systems: a methodology based on action theory». Proceedings do 5e Colloque de l' AIM (Association Information et Management). <http://www.aim2000.univ-montp2.fr/pdf/Lozzi.pdf> em 23 de Maio de 2002.
- MADEIRA, J. (1995). *Gestão da qualidade. Conselhos, sistemas de gestão, instrumentos. Qualidade em serviços públicos*. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.
- MEZOMO, J.C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos*. S. Paulo: Manole.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). *Sistema Português da Qualidade na Saúde 1998*. Lisboa: Autor
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). *Plano nacional de saúde, 2004-2010 (vol II – Estratégias para obter mais saúde para todos – Qualidade em Saúde*. Lisboa: Autor
- PALLETE RIVAS, FELIPE GÓMEZ. (1989). *Estruturas organizativas e informação na empresa*. Biblioteca de Gestão, 1. Lisboa: Editorial Domingos Barreira.
- SCHULTHEIS, ROBERT and SUMMER, MARY. (1998). *Management information systems. The manager's view*. Fourth Edition. International Edition. McGraw-Hill.
- SERRANO, ANTÓNIO. (2007). O impacto da sociedade da informação no sistema de saúde em Portugal. Uma visão de gestão». in Coelho, Jorge Dias (coordenador). *Sociedade da Informação – O percurso Português*. Lisboa: Edições Sílabo e APDSI, pp173-188
- SERRANO, ANTÓNIO. CALDEIRA, MÁRIO. GUERREIRO, ANTÓNIO. (2004). *Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação*. Lisboa: FCA – Editora de Informática.
- STYLIANOU, ANTONIS. (2000). «An integrative framework for IS quality management». *Communications of the ACM*: Volume 43, Issue 9, pp. 99-104.

Manual da qualidade e abordagem por processos: o caso de uma sala de mamografia

Rui Pedro Almeida

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
rpalmeida@ualg.pt

Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

Ana Rosalina Fernandes

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL
ana.martins@estesl.ipl.pt

António Abrantes

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
aabrantes@ualg.pt

Luís Ribeiro

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
lribeiro@ualg.pt

Kevin Azevedo

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
kbazevedo@ualg.pt

Resumo: A aplicação de ferramentas de Gestão ao Serviço de Radiologia pode representar um papel significativo na melhoria dos procedimentos realizados, nomeadamente os de uma sala de Mamografia Digital, uma vez que através de um controlo eficiente dos processos, é possível alcançar os objectivos a que o serviço se propôs. Neste âmbito, as auditorias, bem como a sua abordagem por processos, assumem um papel cada vez mais fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, através da normalização e aperfeiçoamento dos processos auditados. Para tal, é essencial que todas as normas e processos sejam parte integrante de um Manual da Qualidade, já que este deve representar um elemento de referência e uniformização dos métodos a aplicar na Gestão da Qualidade, designadamente no que se refere à satisfação do utente e à optimização dos processos.

Palavras-chave: Auditoria, Mamografia, Manual da Qualidade, Processos, Radiologia.

Abstract: The application of management tools to the radiology service can represent an important role in the improvement of the procedures executed, namely those of a digital mammography room, once by the efficient control of the processes, it's possible to reach the goals of the radiology service. In this area, the audits, as well as their approach executed, have an increasing important role to the improvement of the healthcare provided, by the normalization and improvement of the audited processes. To reach this goal, it's essential that all the standards and processes became a part of a quality manual, once this should represent a reference element and the standardization of the methods to apply in the quality management, namely on those that refers to the patients satisfaction and those that refers to the optimization of processes.

Keywords: Audit, Mammography, Quality Manual, Processes, Radiology.

1. Introdução

Um serviço de Radiologia hospitalar, público ou privado, é uma unidade com elevada importância na estrutura organizacional, tendo em conta que possui a função primordial de prestar assistência à população, através dos métodos complementares e/ou técnicas auxiliares de diagnóstico e terapêutica que possui. Nas últimas décadas, verifica-se uma constante preocupação dos dirigentes destas estruturas com a qualidade dos serviços que são oferecidos aos pacientes.

Neste sentido, gerir e aprovisionar um serviço de radiologia é uma iniciativa tecnicamente exigente e complexa, no qual a aplicação de ferramentas de gestão pode representar um papel significativo na melhoria dos processos. Essas operações de gestão, de acordo com Wagner (1970), são «uma abordagem científica para a resolução de problemas relacionados com a gestão executiva», isto é, um controlo efectivo e eficiente dos processos organizacionais, sendo que poderão ser utilizadas em qualquer organização que realiza esforços para alcançar os objectivos propostos, a melhoria do seu desempenho e o aumento da qualidade, minimizando sempre os custos.

Actualmente, com o aumento da exigência dos utentes, com os custos cada vez mais elevados, e com a diminuição dos reembolsos das despesas efectuadas quer ao nível dos subsistemas de saúde ou pelas seguradoras, a qualidade surge cada vez mais como um factor de sucesso, e essencialmente como um grande factor de distinção e escolha dos serviços, sendo crucial a utilização de operações e ferramentas de gestão para melhorar a gestão dos serviços.

Assim sendo, para sobreviver ao mercado competitivo, os serviços prestadores de cuidados de saúde necessitam de fornecer serviços de elevada qualidade a baixos custos, procurando ainda a obtenção da certificação da qualidade como primeira meta a atingir. Mas para que um serviço obtenha certificação, de acordo com Nascimento *et al.* (2005), é necessário conhecer as Normas ISO 9000, realizar a tomada de decisão, conseguir apoio de consultoria, elaborar formação de quadros e de todo o pessoal, definir um cronograma, organizar e produzir um Manual da Qualidade e finalmente solicitar uma auditoria a um organismo de certificação credível. No entanto, e de acordo com o mesmo autor, qualquer certificação é temporária, uma vez que as normas ISO 9000 obrigam as empresas e serviços a realizar revisões periódicas ao sistema, através da realização de auditorias internas (auditorias de desempenho).

Em síntese, para aplicar os princípios dos procedimentos e operações de gestão à área da Radiologia, é necessário possuir um entendimento adequado acerca dos conceitos e metodologias utilizadas, e além disso, é necessário identificar e gerir numerosas actividades interligadas, e para isso, convém que se adopte um sistema de gestão da qualidade e que essa adopção seja uma decisão estratégica da organização.

2. Auditorias e Processos

Dada a expansão dos sistemas da qualidade, introduzidos nos sectores industriais e de serviços, para o sector da saúde, o papel que as Auditorias assumem, bem como a sua abordagem por processos, é cada vez mais fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, através do aperfeiçoamento desses processos auditados.

Também é lógico e acertado afirmar, que as instituições vivem da qualidade e do controlo dos seus processos, que são indispensáveis para a prossecução da estratégia a alcançar, e numa observação mais profunda, lógica e universal, exercer a gestão de acordo com os princípios éticos e de responsabilidade e do desenvolvimento sustentável (Pinheiro, 2007).

Desta forma, as auditorias devem procurar assentar num programa estruturado num princípio básico, conhecido como ciclo PDCA (Planear, Executar, Verificar e Actuar), e que de acordo com Cardoso (1995) é enfatizado através do ciclo de Deming, numa abordagem sistemática para a solução de problemas de qualidade,

sendo este método de análise sistemática a base para o processo de melhoria contínua em todos os níveis que a instituição deseja obter qualidade.

No entanto, quando nos referimos a auditorias, não nos devemos focalizar apenas na garantia do controlo sobre os processos da organização (G-QUOD, 2009), e a norma ISO 9001 preceitua isso mesmo, indicando que é necessário conseguir uma melhoria relativamente ao desempenho dos processos.

Mas o que é afinal uma Auditoria e um Processo? Uma Auditoria «consiste num exame cuidadoso, sistemático e independente, cujo objectivo é averiguar se as actividades desenvolvidas em determinado sector, estão de acordo com as disposições previamente planeadas e/ou estabelecidas, se estas foram implementadas com eficácia e se estão em conformidade com os objectivos propostos» (Nascimento *et al.*, 2005), ou seja, os sistemas de gestão da qualidade propostos e/ou implementados são avaliados através da realização de auditorias. Estas dividem-se em auditorias de adequação e auditorias de conformidade, sendo que a de adequação serve para avaliar a documentação do sistema implementado, comparando-o com padrões especificados pelas normas ISO e a de conformidade é uma auditoria em que o auditor deve procurar a evidência de que o auditado está a seguir as instruções documentadas no Manual da Qualidade (constituído pelos procedimentos estruturais e regulamentares, pelos impressos em utilização e pela descrição de funções). Quanto ao processo, define-se como sendo qualquer actividade ou operação que receba entradas (*inputs*) e os converta em saídas (*outputs*). Por conseguinte, praticamente todas as actividades e operações necessárias à prestação de um serviço são processos.

Neste âmbito, a Auditoria da qualidade, e de acordo com Macedo e Macedo (2005), irá concentrar-se em duas questões essenciais: por um lado, a resposta do hospital às necessidades dos utentes/doentes e a relação de empatia entre os profissionais de saúde e esses utentes; e por outro, a adequação e o cumprimento dos procedimentos de gestão definidos no Manual.

3. O Manual da Qualidade como «Ferramenta» de Gestão

A documentação de um sistema da qualidade pode ser dividida essencialmente em dois tipos: os documentos da qualidade, que descrevem os processos, ou seja, como os procedimentos devem ser executados, e os registos da qualidade, que

registam os resultados do processo, evidenciando que o serviço/instituição seguiu as acções descritas nos documentos da qualidade. Ora, estes documentos correspondem ao Manual da Qualidade, o qual expõe e define, entre outros, a política de gestão da qualidade, o sistema da qualidade, a estrutura organizacional, as responsabilidades, os procedimentos e as instruções operacionais básicas.

Deste modo, os documentos da qualidade documentam o processo, ao passo que os registos da qualidade fornecem antes, evidências de que as instruções contidas nesse Manual foram executadas, e tal como já foi referido, uma forma de verificar a conformidade dos processos é através da realização de auditorias, daí a importância de os Manuais da qualidade serem bem fundamentados e de grande abrangência.

Uma vez que no sector da saúde, apenas no final dos anos 80 começou a surgir a necessidade de melhorar a eficiência dos cuidados prestados (ao contrário do sector industrial que surgiu durante a 2ª guerra mundial) (Forman, 2001), é natural que os esforços desenvolvidos não tenham sido ainda suficientes para abranger todas as áreas da saúde, nomeadamente a Radiologia, na qual deveria haver mais Sistemas de Gestão de Qualidade implementados, e por conseguinte, mais Manuais de procedimentos, de forma a melhorar a eficácia dos processos realizados.

No entanto, com o forte crescimento actual do campo da Radiologia e devido ao papel central que a Imagiologia apresenta na prática clínica, torna-se cada vez mais inadiável a necessidade de criação de serviços de Radiologia eficientes, competitivos e com desempenhos operacionais e empresariais de excelência (Ondategui-Parra, 2004), através da adopção de competências e operações de gestão com enfoque na análise dos processos, nos padrões de qualidade e na estratégia operacional, de forma a facilitar o processo de tomada de decisões executivas. Mas tudo isto não pode ser realizado de uma forma rápida e instantânea, pois o ambiente actual requer um passo de cada vez, com o objectivo de conseguir melhorar todos os departamentos, portanto, somente através de uma mudança sistémica (com a participação de todos os *stakeholders*) é que será possível atingir níveis mais elevados de desempenho.

Neste âmbito, é de salientar um trabalho elaborado por Ondategui-Parra (2004) e restantes colaboradores, referenciado para descrever os processos de um serviço de Radiologia, onde identificou duas fases principais: a fase de diagnóstico, com enfoque na criação de uma base para avaliar o estado actual das operações de gestão e conduzir à análise dos *gaps* comparando o estado actual para a melhor prática no sector, e a fase de redesenho, com o objectivo de fixar melhores práticas dentro do contexto do departamento específico e realizando testes através da implementação e avaliação contínua de novos projectos.

De uma forma global, a fase de diagnóstico envolve o entendimento de como o processo funciona, como e porque se faz dessa forma, como efectivamente actua e a forma como poderia ser melhorado (Garvin, 1981), servindo ainda como uma base para a fase de redesenho. Quanto a esta, consiste essencialmente num processo de reestruturação operacional dos departamentos, de forma a superar os problemas identificados na fase de diagnóstico.

Tendo por base estas duas fases supramencionadas, será agora descrito um «*study case paper*» para uma sala de Mamografia Digital numa unidade hospitalar, tendo em conta os procedimentos, as funções, as instruções de trabalho que devem constar num Manual da Qualidade.

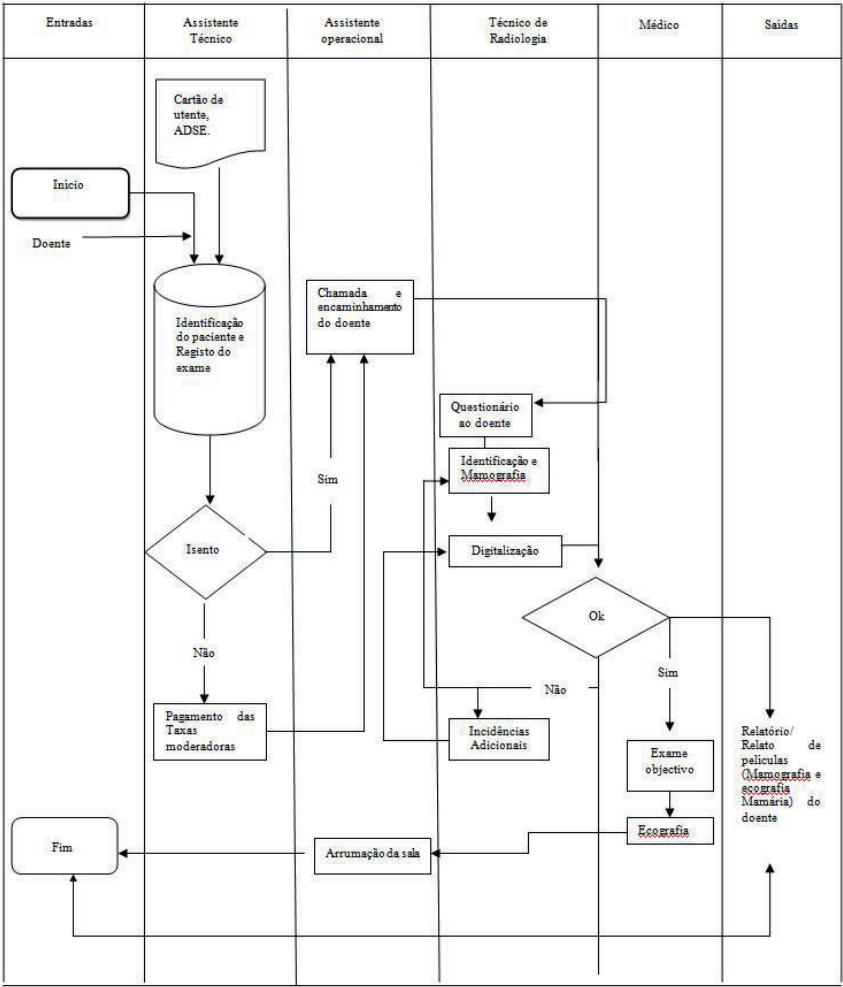
3.1. O Caso de uma Sala de Mamografia Digital

Suponha-se então que um serviço de Radiologia se encontra a planear uma revisão dos processos da sua sala de Mamografia com o objectivo de melhorar esses mesmos processos. É necessário primeiramente que um comité de direcção, constituído por administrativos, técnicos radiologistas, administradores e médicos com especialidade em radiodiagnóstico iniciem e planeiem o processo de redesenho. Além disso, é também necessário que se obtenha previamente informação acerca da satisfação dos utentes com esse sector de mamografia, nomeadamente através da aplicação de inquéritos. Desta forma, para se conhecer o estado actual dos processos deste sector, seria necessário realizar um mapeamento do início ao fim do processo (figura 1), com uma validação de precisão por todos os *stakeholders* do sector.

Assim, para analisar a capacidade e a *performance* de uma sala de mamografia é necessário ter em conta diversas variáveis, entre as quais as seguintes: volume de exames, os dias de funcionamento da sala, o tempo decorrido entre o requerimento e a conclusão do exame e ainda o valor de custo relativo por exame.

Depois de identificadas as não conformidades, o comité de direcção terá então de determinar as oportunidades de melhoria dos processos. O *Benchmarking* para este sector será outra das actividades chave para este projecto. O comité terá de identificar sectores de radiologia com volumes de exames semelhantes, equipamentos, e qualidade dos serviços, de modo a fixar padrões de desempenho.

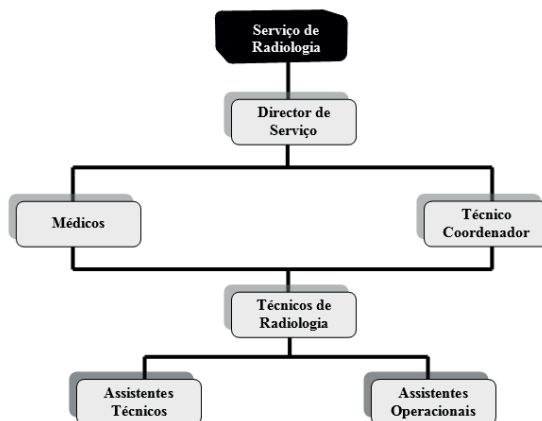
Figura 1 – Processo de Actividade de uma Sala de Mamografia



Uma forma de normalizar os processos, como já se referiu, é através do seguimento de normas e processos estabelecidas num Manual da Qualidade. Assim, no caso de uma sala de Mamografia, esse deve reportar-se aos procedimentos que descrevem pontos específicos do Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a garantir a qualidade adequada à prestação dos seus serviços, sendo da responsabilidade de todos os colaboradores a sua implementação e cumprimento, pois só assim se poderá tornar num documento de referência permanente na implementação, manutenção e melhoria contínua, competindo sempre à direcção do serviço

fazer cumprir as determinações constantes do Manual. Essa direcção do serviço segue a hierarquização estabelecida num organograma previamente estipulado pelo director do mesmo, sendo o serviço constituído pelo Quadro Médico, Quadro Técnico, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos (figura 2).

Figura 2 – Organograma do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro (HF), EPE.



Fonte: Cortesia do Técnico Coordenador do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, EPE. (Técnico Radiologista Victor Ferreira).

Desta forma, todos esses documentos que devem ser parte constituinte de um Manual da Qualidade, representam um elemento de referência e uniformização dos métodos a aplicar na Gestão da Qualidade, designadamente no que se refere à satisfação do utente e à optimização dos processos. Assim, uma sala de Mamografia Digital dum serviço hospitalar deve utilizar um Manual da Qualidade com os Seguintes objectivos (LABMED Saúde, 2006):

- Descrever o campo de aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade.
- Apresentação do Serviço de Radiologia, da Sala de Mamografia e da sua Política de Qualidade.
- Identificar os processos definidos e a estrutura documental;
- Descrever os procedimentos de Gestão da Qualidade;
- Descrever e suportar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- Promover a Qualidade e a Satisfação das partes interessadas e;

- Apresentar o Sistema de Gestão da Qualidade a entidades externas ao Serviço.

É também necessário salientar que esse Manual deve ser aplicável pelo conjunto dos colaboradores do Serviço de Radiologia em questão, e mais concretamente da sala de Mamografia Digital, dentro das respectivas competências, a todas as actividades e processos, que directa ou indirectamente, afectam os resultados e a qualidade do serviço, e portanto, estar incluído num âmbito que vise fornecer a prestação de serviços de Imagiologia Mamária na Técnica de Radiologia Convencional Digital, abrangendo todas as actividades que lhe são envolventes e complementares.

Um ponto fulcral que também deve constar obrigatoriamente no Manual, e que de uma certa forma fornece uma ideia geral da ambição do Serviço de Radiologia diz respeito à sua missão, visão e valores. Assim, de uma forma global, deverá constar na sua missão, a prestação de serviços de qualidade da área do Radiodiagnóstico Mamário, adequados às necessidades da comunidade onde se insere, devendo ter também como visão ser o líder no acesso às tecnologias recentes, na investigação e na prestação do maior espectro de imagens radiológicas de qualidade. Os seus Valores devem assentar essencialmente na Qualidade, Humanismo, Trabalho em Equipa, Trabalho em prol dos Utentes e na Ética Profissional.

A política da qualidade da Sala de Mamografia Digital é portanto a missão, visão e valores de todos os seus colaboradores, sendo a qualidade entendida na perspectiva do desenvolvimento de uma cultura geradora, não só de capacidade de gestão integrada e sustentada, mas também de postura ética no âmbito profissional.

Assim, a política da qualidade procurará assentar nos seguintes aspectos fundamentais (LABMED Saúde, 2006):

- Assegurar que a sala de Mamografia Digital disponha de equipamentos necessários ao aumento da qualidade da produção, tendo também profissionais com formação, e em número suficiente que assegurem a prestação dos melhores cuidados aos utentes;
- Assegurar a qualidade dos Serviços prestados aos Utentes, recorrendo a normas (p.e. ISO 9001/2008), tendo em conta as necessidades de todos os intervenientes no processo;
- Fornecer serviços no domínio da Imagiologia Mamária que garantam e excedam sempre que possível a satisfação das necessidades dos utentes de acordo com as especificações técnicas e regulamentares em vigor;
- Procurar ter o conhecimento mais profundo a nível técnico, bem como estar sempre actualizado, fomentando a inovação e a melhoria contínua do serviço prestado, adquirindo para tal os meios necessários;

- O Utente é a razão da existência de uma organização e deverá sempre ser tratado de forma digna, respeitada e com a máxima consideração e dedicação;
- Assegurar a realização dos exames solicitados em tempo útil, observando a capacidade instalada a cada momento;
- Disponibilizar a melhor informação ao utente, visando uma correcta preparação para os exames;
- Assegurar um atendimento com qualidade e privacidade aos utentes;
- Promover a relação com o utente permitindo obter em curto prazo o retorno do grau de satisfação do mesmo e permitindo satisfazer novas necessidades no caso de elas existirem;
- Conduzir a actividade de forma justa e ética e mantendo sempre uma atitude profissional e condigna com a concorrência;
- O espírito de equipa será sempre promovido de forma a se tornar um forte alicerce da Sala de Mamografia, com a noção de que o envolvimento e sensibilização de todos os colaboradores facilitará todo o desempenho de funções e simplificará a supressão de problemas.
- A formação contínua de todos os profissionais é essencial para o crescimento e na óptica da melhoria contínua que se pretende obter;
- Cultivar entre os colaboradores uma ideia de insatisfação constante com o nível atingido estabelecendo sempre novas metas e nunca relaxar ou desistir nesta busca incessante pela Qualidade.

Deste modo, e para que se faça cumprir esta política da qualidade, é também necessário que se encontrem descritas as qualificações e tarefas a desenvolver (funções e instruções de trabalho) por cada um dos profissionais implicados na realização dos processos anteriormente referidos, tendo sempre como base os pressupostos da Entidade Reguladora da Saúde.

Efectivamente, para melhorar a sistematização dos processos e a qualidade dos serviços prestados, é necessário que as instruções de trabalho sejam claras e bem formuladas, de forma a que não suscitem dúvidas. Assim sendo, e tendo por base o fluxograma da figura 1, é possível extrair as seguintes etapas:

1. Recepção do Utente

Objectivo: Estabelecer uma ordem para a realização do exame de Mamografia.

Responsável pelo Procedimento: Assistente Técnico (AT).

Descrição: De acordo com a hora de marcação do exame, os utentes são chamados para a sua realização.

2. Confirmação dos Dados do Utente

Objectivo: (1) Verificar se os dados presentes na requisição médica estão de acordo com os dados do utente; (2) Entrega de questionário aos utentes que vão realizar o exame.

Responsável pelo Procedimento: AT

Descrição: (1) Verificação dos dados da requisição médica e dos dados do utente; (2) Distribuição de um questionário aos utentes; (3) O AT deve fornecer esclarecimentos quanto ao preenchimento do questionário.

3. Efectivação do Exame Mamográfico

Objectivo: Introdução dos dados pessoais do utente no Sistema Informático.

Responsável pelo Procedimento: AT

Descrição: (1) Introdução dos dados pessoais do utente no Sistema Informático.

4. Encaminhamento do Utente

Objectivo: Encaminhar o utente devidamente preparado à sala de Mamografia.

Responsável pelo Procedimento: Assistente Operacional (AO).

Descrição: (1) O utente é encaminhado ao vestiário que se encontra no interior da sala de Mamografia; (2) É entregue uma bata ao utente, sendo este informado que terá de remover a roupa da cintura para cima e todos os objectos metálicos que tiver na zona torácica (inclusive alguns adereços como brincos compridos e óculos); (3) O questionário preenchido pelo utente é entregue ao Técnico Radiologista (TR).

5. Realização do Exame Mamográfico

Objectivo: Realização do exame mamográfico de acordo com as requisições recepcionadas e os requisitos estabelecidos pelo serviço (inclui 4 incidências, duas a cada mama).

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Confirmação dos dados do utente; (2) Verificação da preparação do utente (ausência de produtos de higiene corporal, p.e. pó de talco, desodorizante, etc.); (3) Análise do questionário e confirmação da presença

de exames prévios (caso já tenha realizado); (4) Informar o utente dos procedimentos para a realização do exame; (5) Respeitar as condições de assepsia, usando luvas e desinfectando o equipamento entre utentes; (6) Realização das incidências pela seguinte ordem (assinalando cada código de barras do chassi à imagem correspondente na consola de tratamento): Crânio caudal direita (CCD), Crânio caudal esquerda (CCE), Obliqua médio-lateral direita (OMLD) e Obliqua médio-lateral esquerda (OMLE).

5.1. Incidência Crânio Caudal

Posicionamento: (1) A ampola é colocada sem angulação; (2) O utente deverá estar em ortostatismo ou se não for possível sentado de frente para o equipamento, ficando o limite superior do *potter-bucky* ao nível do sulco inframamário; (3) A mama é elevada de modo a fazer um ângulo de 90° com a parede torácica e puxada para a frente, em direcção ao *potter-bucky*, ficando o mamilo correctamente de perfil; (4) O membro superior contra-lateral é colocado ao longo do corpo, enquanto o ipsilateral deve estar flectido, com a mão apoiada no limite lateral do *potter-bucky* e o ombro para trás; (5) Deve-se rodar a cabeça para o lado contrário ao que se está a radiografar; (6) Inicia-se a compressão de forma progressiva até ao ponto ideal, suavizando-se em simultâneo as pregas cutâneas.

Centragem e outros Posicionamentos: (1) raio central (RC) perpendicular ao *potter-bucky* e de forma a incidir no centro da mama; (2) a câmara de ionização deverá ser seleccionada de acordo com o tamanho da mama; (3) distância foco-filme (DFF) de 55 cm; (4) Devem-se usar diafragmas apropriados às dimensões da mama; (5) Sempre que possível o utente deverá interromper a respiração.

Crítérios de Boa Realização: (1) identificação correcta da incidência; (2) Ausência de pregas cutâneas e de artefactos; (3) Mamilo projectado de perfil; (4) Adequada penetração das áreas densas; (5) Bom contraste e uniforme distribuição do tecido mamário, conseguido através de uma boa compressão; (6) Visualização na região posterior da mama de uma imagem hipotransparente correspondente ao músculo peitoral; (7) Visualização de todo o tecido mamário, com excepção do prolongamento axilar, região externa e quadrantes superiores que são as zonas cegas desta incidência.

5.2. Incidência Obliqua Médio Lateral

Posicionamento: (1) A ampola e o *potter-bucky* devem estar angulados cerca de 60° em relação à vertical; (2) O utente é colocado em ortostatismo ou se não for possível sentado de frente para o equipamento, rodando

levemente o corpo, para que a mama contra-lateral não interfira com o feixe de radiação; (3) O membro superior do lado a radiografar é colocado para a frente e a mão é apoiada no suporte desse mesmo lado; (4) A margem cubital da mão do TR deve fazer deslizar o músculo peitoral juntamente com a mama, em sentido medial e mantê-lo nessa posição em contacto com o *potter-bucky*, de tal forma que a axila fica apoiada no ângulo superior do mesmo; (5) Deve-se ter sempre em atenção o posicionamento de perfil correcto do mamilo; (6) A compressão é aplicada progressiva e lentamente até se atingir a compressão ideal, ficando o limite superior do compressor abaixo da clavícula e o seu limite inferior a incluir o sulco inframamário. Desfazer em simultâneo as pregas cutâneas; (7) A cabeça roda para o lado contra-lateral.

Centragem e outros Posicionamentos: (1) O RC é perpendicular ao chassi e a câmara de ionização é posicionada no centro da mama; (2) deve-se usar sempre um tamanho de diafragma apropriado às dimensões da mama comprimida; (3) DFF de 55 cm; (4) Sempre que possível o utente deverá realizar apneia respiratória.

Crítérios de Boa Realização: (1) identificação correcta da incidência; (2) Ausência de pregas cutâneas e de artefactos; (3) Mamilo projectado de perfil; (4) Adequada penetração das áreas densas; (4) Bom contraste e uniforme distribuição do tecido mamário, conseguidos através de uma boa compressão; (5) Projecção do músculo peitoral oblíqua e posteriormente à mama até ao nível do mamilo e por vezes até um pouco mais abaixo; (6) Visualização de todo o tecido mamário, incluindo o sulco inframamário; (7) Boa visualização das adenopatias axilares e região axilar da glândula mamária.

Documentação associada: (1) BALLINGER, P.W. e FRANK, E.D. (2003). *Merril's Atlas of Radiographic Positions & Radiologic Procedures*, Vol. II, St. Louis: Mosby. (2) LEE, L. (1998). *Técnica Radiológica em Mamografia*, Madrid: Marbán Libros.

6. Digitalização da Imagem

Objectivo: Digitalização das imagens adquiridas nas quatro incidências básicas.

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Após realização do exame, colocar os IPs (Imaging Plates) no leitor do chassi para a sua leitura no digitalizador; (2) Verificar se a digitalização foi realizada correctamente e que o IP foi apagado.

7. Tratamento da Imagem

Objectivo: (1) Ajustar os parâmetros técnicos da imagem de modo a cumprir os critérios de boa realização apresentados anteriormente; (2) Preparar a imagem adquirida para ser guardada.

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Após a leitura dos IPs finalizada, verificar se é necessário repetir alguma incidência; (2) Avançar para o tratamento das imagens, colocando a identificação da incidência correspondente a cada imagem; (3) Colimar a imagem adquirida à estrutura de interesse; (4) Finalizado o tratamento dar por terminado o exame;

8. Encaminhamento do exame Mamográfico para o Médico Especialista em Radiodiagnóstico

Objectivo: Encaminhar o exame para o Médico Especialista em Radiodiagnóstico (MR).

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: No final da realização dos exames, estes são enviados através do Synapse para o MR.

9. Arquivar o Exame

Objectivo: (1) Arquivar os exames no sistema PACS; (2) Arquivar os exames em DVD caso seja necessário fornecer-los ao utente.

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Ao encaminhar os exames para o MR, estes são arquivados automaticamente no PACS; (2) Sempre que necessário e quando solicitado, gravar em DVD os exames mamográficos, registando-o com os dados do utente.

10. Elaboração do Relatório Médico dos Exames Mamográficos

Objectivo: Relatar o exame Mamográfico

Responsável pelo Procedimento: MR

Descrição: (1) As Mamografias e os Utentes são observados no Serviço em questão; (2) Elaboração do relatório utilizando um sistema de reconhecimento de voz; (3) Revisão do relatório final para detectar possíveis erros ortográficos; (4) Caso seja detectada alguma alteração significativa na Mamografia, o MR assinala a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico a serem realizados posteriormente pelo TR.

11. Envio do Relatório Médico dos Exames Mamográficos

Objectivo: Informar o utente do resultado da Mamografia, alertando para a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico, se necessário (a realizar posteriormente pelo TR).

Responsável pelo Procedimento: AT

Descrição: É enviado ao utente uma cópia do relatório médico.

12. Testes de Controlo de Qualidade

Objectivo: Efectuar testes regulares de controlo de qualidade do equipamento de Mamografia.

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Seguindo as recomendações do fabricante do equipamento de Mamografia devem realizar-se teste periódicos (semanais, mensais, semestrais) de controlo de qualidade; (2) Devem guardar-se os registos dos valores obtidos nesses testes.

13. Ligar e Desligar os Equipamentos da sala de Mamografia

Objectivo: Ligar e Desligar os Equipamentos da Sala de Mamografia em Segurança.

Responsável pelo Procedimento: TR

Descrição: (1) Ligar o gerador principal do circuito eléctrico geral; (2) Realizar os testes de Calibração; (3) Na eventualidade da primeira ligação ser impossível, deve ligar-se o gerador de energia eléctrica; (4) Ligar a iluminação; (5) Ligar o Mamógrafo; (6) Ligar a rede de computadores; (7) Ligar o Digitalizador; (8) No final do dia desligar os equipamentos pela ordem inversa.

14. Limpeza do Mamógrafo

Objectivo: Proporcionar condições de Assepsia entre utentes.

Responsável pelo Procedimento: AO

Descrição: (1) Segurar numa compressa humedecida em desinfectante ou com produto recomendado pela marca do fabricante do mamógrafo; (2) Passar no *potter-bucky* e restantes zonas de contacto;

15. Monitorização da Satisfação dos Utentes

Objectivo: Monitoria da Satisfação dos Utentes com o Serviço de Radiologia (Sala de Mamografia).

Responsável pelo Procedimento: AO

Descrição: (1) Fornecer um questionário para avaliar o nível de Satisfação a todos os utentes após a realização dos exames mamográficos; (2) Trimestralmente divulgar os resultados dessa monitoria da Satisfação.

Após a descrição de todo o processo acima referido, verifica-se que é de extrema importância sistematizar todas as etapas do procedimento, desde a recepção do utente até aos resultados do exame, não esquecendo a avaliação das necessidades dos utentes através da monitoria da satisfação do serviço prestado.

Tudo isto porque a qualidade é uma imposição crescente em qualquer que seja o mercado no qual a organização se insere e onde a Gestão da Qualidade Total proporciona cada vez mais uma maior preocupação com a satisfação dos utentes, induzindo o envolvimento e participação de todos os colaboradores, incrementando a valorização do respeito ao indivíduo, sempre com o conceito de melhoria contínua presente, ou seja, não interessa apenas garantir as especificações mas que estas também devem ser melhoradas continuamente.

4. Conclusão

Actualmente o conceito de qualidade não se refere apenas à qualidade de um produto ou serviço em particular, mas à qualidade do processo como um todo, abrangendo tudo o que ocorre na organização.

Os procedimentos e demais operações de gestão devem ser mais focadas na análise dos processos, nos padrões da qualidade e nas estratégias operacionais de forma a facilitar o processo de tomadas de decisões por parte da administração. Através da análise operacional dos processos, uma organização deverá ser capaz de resolver problemas e encontrar as soluções óptimas.

Neste sentido, o Manual da Qualidade surge como uma ferramenta essencial de gestão da qualidade para que os processos sejam geridos eficientemente, contendo uma abordagem global do sistema e assumindo-se como parte integrante da estratégia geral do serviço de radiologia, e particularmente da sala de Mamografia, uma vez que nele se encontra descrita uma visão horizontal das funções e instruções de trabalho, abrangendo todos os trabalhadores.

Os procedimentos devem ser sempre focalizados no utente, com o objectivo principal de maximizar a sua satisfação.

Através de auditorias é possível controlar esses procedimentos, monitorizando o seu desempenho, e além do mais poderá permitir um aumento da qualidade intrínseca, da produtividade, da confiança e do custo do serviço que se está a prestar, bem como eliminar as causas especiais de variação e a redução sistemática da variabilidade.

Os manuais da qualidade elaborados, deverão sempre estar sujeitos a revisões, sugestões e recomendações para melhoria ou maior eficiência do Sistema de Gestão da Qualidade, que devem ser encaminhadas à Coordenação da Qualidade, à qual compete a análise para possíveis modificações ou inclusões. Tudo aquilo que não estiver conforme com os requisitos, incluindo reclamações, deve ser identificado, registado e avaliado.

Assim, todos os elementos envolvidos nos processos deverão ter um extenso conhecimento daquilo que se encontra documentado no Manual para que seja estimulada uma introspecção reflectiva de forma sólida e coesa, assim como a percepção da real necessidade da implementação destes sistemas de qualidade.

As acções preventivas devem integrar como principal objectivo a prevenção da ocorrência de não-conformidades, ou seja, devem ser executadas acções correctivas, com o objectivo de eliminar as causas de não-conformidades, de forma a evitar a sua repetição. Deste modo, para melhorar continuamente a eficácia dos sistemas de gestão da qualidade, a direcção deve fazer uso da Política e dos Objectivos da Qualidade, dos resultados das auditorias, da análise de dados, de acções correctivas e acções preventivas e da análise crítica.

Em forma conclusiva, a correcta elaboração, cumprimento e actualização de um Manual proporcionará a aprendizagem e adaptação à mudança contínua como chave do sucesso organizacional.

Referências

- BALLINGER, P.W. e FRANK, E.D. (2003). *Merril's Atlas of Radiographic Positions & Radiologic Procedures*, Vol. II, St. Louis: Mosby.
- CABRAL, A.C., COLAÇO, A.M. E GUERREIRO, G. (2001). *A qualidade em Portugal: Tendências, Qualificações e Formação*, Lisboa: Instituto para a inovação na formação.
- CARDOSO, O.R. (1995). *Foco da qualidade total de serviços no conceito do produto ampliado*, Tese de Doutoramento, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

- CHISTO, F.H. e PAIVA, C. (2004). «Auditar procedimentos», *Qualidade em Saúde*, Vol. 4, N. 10, pp. 2-15.
- CRUZ, C.V e CARVALHO, O. (1998). *Qualidade: Uma Filosofia de Gestão*, Lisboa: Texto Editora.
- DECRETO DE LEI Nº 180/2002 de 8 de Agosto. Diário da República Nº 182 – Série A, Lisboa: Ministério da Saúde.
- FORMAN, H. (2001). «Cost, value and price: what is the difference and why care?», *Radiology*, Vol. 218, N.1, pp. 25-26.
- GARVIN, D. (1981). «Types of processes», *Harvard Business School*, Boston, N. 9, pp. 682.
- G-QUOD- Consultores de Gestão, Lda. (2009). «Abordagem por processos», http://www.g-quod.com/index_files/processos_abord.htm, (acedido em 11 de Setembro 2009).
- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2007). *Mamografia: da Prática ao Controle*, Rio de Janeiro: Recomendações para profissionais de Saúde.
- LABMED SAÚDE (2006). *Manual da Qualidade*, NP EN ISO 9001:2000, Edição 01, Revisão 00.
- LEE, L. (1998). *Técnica Radiológica em Mamografia*, Madrid: Marbán Libros.
- MACEDO, N. e MACEDO, V. (2005). *Gestão Hospitalar: Manual Prático*, Lidel: Edições Técnicas, Lda.
- MEZOMO, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*, São Paulo: Editora Manole, Lda.
- NASCIMENTO, H., GUERREIRO, S. e MIGUEL, V. (2005). *Padrões de Gestão da Qualidade –ISO 9000*, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve, <http://www.adeec.fct.ualg.pt/~a15848/ES/Semin%E1rio%20-%20ISO%209000.pdf>, (acedido em 10 de Setembro 2009).
- NORMA PORTUGUESA 9001:2000 (2001). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos (ISO 9001/2000)*, Lisboa, Instituto Português da Qualidade.
- NORMA PORTUGUESA 9001:2008 (2009). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Implementação*, Lisboa, Instituto Português da Qualidade.
- ONDATEGUI-PARRA, S. (2004). «Clinical Operations Management in Radiology», *American College of Radiology*, Vol.1, N. 9, pp. 632-640.
- PINHEIRO, J. (2007). «Auditoria Interna: Fornecer Valor», *Auditoria Interna*, N. 26, pp. 14-15.
- PORTARIA Nº 395-A/2007 DE 30 DE MARÇO. Diário da República nº 64 – Série I, Suplemento de 2007-03-30, Lisboa: Assembleia da República.
- SISAYE, S. (1999). «An Organizational Approach for the Study of the Diffusion of Process Innovation Strategies in Internal Auditing and Control Systems», *International Journal of Applied Quality Management*, Vol. 2, N. 2, pp. 279-293.
- WAGNER, H. (1970). *Principles of management science with application executive decisions*, Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.

Controlo estatístico da qualidade e saúde

Jorge Varanda

Instituto Português da Qualidade
jvvaranda@sapo.pt

Resumo: Os valores em causa na saúde, a vida e o bem estar, e a sua ausência, a morte, o dano e a doença, tornam ainda mais exigente o uso de métodos de controlo e melhoria do desempenho do sistema de saúde e das suas partes. A dimensão e a fragmentação estrutural, como características da rede de prestação de cuidados, agravam os riscos próprios e colocam desafios de gestão e de qualidade inigualáveis. Podemos dizer que nos encontramos no início de uma nova era, a qual exige que nos aparelhemos para a viagem de eliminação constante de erros e desperdício na Saúde. Sem margem para dúvidas a estatística e os estatísticos são uma parte essencial da tripulação e da aparelhagem dessa nova navegação.

Palavras-chave: Estatística, Qualidade, Saúde.

Abstract: Health, life and well-being values, and its absence, death, damage and sickness, increase the use of control methods and improvement of health system performance. The dimension and structural fragmentation, as characteristics of healthcare network, increase the risks and challenge the management and quality. We can say that we find ourselves at the beginning of a new era, which requires that we need to prepare a travel of constant errors elimination in health care. Statistics and statisticians are an essential part of the crew and apparatus for this new navigation.

Keywords: Statistic; Quality; Health.

1. Introdução

Quando era jovem fiz uma viagem nocturna no vale do Limpopo em Moçambique numa carrinha Volkswagen, sem luz. A estrada encontrava-se em obras, com pontões em construção e o piso em mau estado. Tivemos que perscrutar o piso e o traçado em todo o caminho. Claro que o trânsito era igual a zero, tínhamos caminho e destino. Felizmente, tínhamos ainda uma réstia de luar e chegámos ao Xai-Xai sãos e salvos, eu e os meus companheiros de aventura.

Gerir uma empresa sem dados e sem métodos estatísticos para os apresentar e interpretar é pior que conduzir um automóvel nas circunstâncias descritas. O risco de insucesso é enorme, aumentando exponencialmente se não se sabe para onde se quer ir e qualquer caminho nos serve.

«Tomemos um computador como exemplo, diz Deming, – ele é tanto uma maldição como uma bênção. É uma maldição porque tem levado a administração a acreditar que, por saber, a partir das folhas de computador, que no dia anterior determinada linha de produção fez 10% de produtos imperfeitos, ela tem o controlo da qualidade. Nada poderia estar mais longe da verdade. Posso citar o caso de uma fábrica onde todas as manhãs o gestor tinha sobre a sua secretária um relatório com o número de itens com defeitos, elaborado no dia anterior. O relatório poderia dizer que a média era assim ou assado, o desvio padrão era 13,1 (...). Esta informação não tinha qualquer utilidade para o pobre do homem. (...)». (Mann, 1992: 36)

Ao invés de usar a carga de dados que o computador lhe fornece, seria completamente diferente se «o computador e os 50 ou 150 mil dólares em cérebros lhe pudessem simplesmente trazer um pequeno relatório que lhe dissesse que às dez horas do dia anterior algo acontecera de errado na linha de produção. Ao mesmo tempo, um novo material havia entrado em uso; a razão do problema é, pois, reside numa característica do novo material». (Mann, 1992: 37)

O mesmo autor, questionado sobre se não seria preferível o uso do bom senso em vez de tanta técnica estatística, respondeu: «Há muitos riscos associados ao uso do bom senso. O bom senso não pode ser medido. Temos que ser capazes de definir e de medir aquilo que é significativo. Sem métodos estatísticos não se sabe o que os números significam.» (Mann, 1992: 37)

Há que temperar, todavia, a importância da medição e dos dados para o controlo da qualidade com uma advertência. De facto, Deming, o paladino do controlo estatístico, incluiu a gestão baseada apenas em números visíveis numa lista das cinco doenças mortais da gestão. Para ele os números mais importantes são desconhecidos ou insusceptíveis de ser conhecidos, como seria o caso do efeito multiplicador

de um cliente satisfeito. Advertiu mesmo que quem gerisse uma empresa apenas com base em números visíveis, a prazo não teria nem números nem empresa. (Deming, 1982: 23)

Feita esta prevenção, aprofundemos um pouco mais o papel da estatística na gestão.

2. Controlo estatístico da qualidade e gestão

Lembremos que se a estatística não é usada para controlar e melhorar os processos de trabalho e os resultados de desempenho de uma organização, o problema reside na gestão. De facto, poderemos estar perante algo que se assume como gestão, mas que verdadeiramente o não é.

No começo dos anos 80, quando se deu um baque na sociedade americana perante a capacidade concorrencial avassaladora dos produtos japoneses, mais baratos e melhores do que os dos EUA, Deming foi descoberto no seu país como o homem que tinha ensinado o Japão a produzir tais produtos. Muitas empresas o chamaram para ouvirem o seu conselho para saírem da crise estrutural em que se encontravam. Uma dessas empresas foi uma das grandes construtoras de automóveis. No dia da conferência para que fora convidado e perante a sala cheia da nata da empresa, verificou que o respectivo CEO estava ausente. Então, disse para os presentes que se ia embora porque aquela empresa não estava preparada para ouvir aquilo que tinha para lhes dizer. E assim o fez.

De facto, Deming havia aprendido com experiência vivida no período da II.^a Guerra Mundial que se a gestão não lidera o processo de mudança pelo controlo e melhoria da qualidade, nada acontece na empresa. O seu testemunho é inequívoco: «Os métodos estatísticos tinham pegado fogo cerca de 1942, no seguimento de uma série de dez dias de cursos intensivos para engenheiros (...) O Departamento da Guerra dera igualmente cursos a fábricas de fornecedores. Aplicações brilhantes atraíram muita atenção, mas o simples fulgor dos métodos estatísticos, numa atmosfera em que a gestão não conhecia as suas responsabilidades, ardeu, crepitou, esmoreceu e morreu. O que as pessoas fizeram foi resolver problemas individuais. Os gráficos de controlo proliferaram, quantos mais melhor. Os departamentos de controlo de qualidade germinaram. Traçaram gráficos, olharam para eles e arqui-

varam-nos. Afastaram o controlo de qualidade do resto das pessoas, o que, como é evidente, era completamente errado, dado que o controlo de qualidade é uma tarefa de todos. Extinguiram o fogo, sem perceberem a necessidade de melhorar os processos (...). (Deming, 1982: 488)

As três lições a retirar de tudo o que fica dito:

1. Sem o controlo estatístico da qualidade e sem o uso de ferramentas estatísticas não há gestão capaz.
2. No entanto, a gestão tem que estar atenta também aos dados invisíveis de uma organização, sob pena de falhar rotundamente.
3. Sem liderança não há controlo, nem melhoria da qualidade numa organização e, sem estes métodos, não há a transformação da gestão que os tempos exigem. É a condenação a uma morte lenta ou rápida, consoante as circunstâncias.

3. Origens do controlo estatístico da qualidade

A concepção e operacionalização de ferramentas estatísticas de gestão deve-se a um *mix* das disciplinas de economia, engenharia e estatística, pela mão de Walter Shewhart nos anos 20 do passado século, no Departamento de Garantia da Qualidade dos Bell Telephone Laboratories, sendo aplicadas na fábrica Hawthorne Works da Western Electric, em Chicago. (Silva, Varanda, Nóbrega, 2004: 33)

De acordo com factos memorizados por Juran, Shewhart inventou a carta de controlo em 16 de Maio de 1924, tendo em vista a identificação e o controlo de causas de variação registada nos relatórios mensais da qualidade dos produtos manufacturados pela Western Electric. Shewhart tinha de analisar esses relatórios e propôs essa elegante e útil ferramenta: «desenhou 'linhas limite' relativamente ao desempenho médio histórico. As linhas eram calculadas de modo a que a ocorrência de qualquer ponto situado fora delas fosse pouco provável devido ao acaso», mas se devesse seguramente a uma mudança no processo de produção. «Deste modo, um gestor, ao rever os relatórios, podia ignorar os pontos situados dentro das linhas e centrar-se nos localizados fora desses limites». (Juran, 1997: 79)

A grande preocupação da Western Electric era a uniformização dos produtos. Tinham mesmo um exército de inspectores para tentar a uniformização. Na Haw-

thorne Works havia na altura um quarto do total de 46000 trabalhadores como inspectores (Deming, 1994). Impressionante!

Sobre o assunto Deming, que entrou para a Western Electric em 1925, onde conheceu Shewhart, diz o seguinte: «Eles eram sinceros, colocando o melhor dos seus esforços para atingir a uniformidade, mas, infelizmente, piorando quase sempre as coisas. (No entanto,) eram suficientemente espertos para compreender que precisavam de ajuda». E foi assim que o problema fez caminho até Shewhart, o qual «percebeu que os homens da Western Electric estavam a atribuir uma variação indesejável a uma causa especial, quando em muitos, se não na maioria dos casos por eles observados, tratava-se de variação de causas comuns».(Deming, 1994: 172-3)

Deming (tal como Juran) acabou por ser o grande difusor das ideias de Shewhart no Mundo: «Foi a minha boa sorte encontrar o Dr. Shewhart em 1927 e depois disso muitas vezes nos Bell Telephone Laboratories em Nova Yorque; também dispendi muitos serões na sua casa em Mountain Lakes».(Deming, 1994: 172)

Este encontro entre os dois homens teve um papel incomensurável na História, projectando três décadas depois o Japão para a ribalta da economia mundial e obrigando todos os outros países a responder ao repto de um país que passou a produzir para os mercados externos, centrado nas expectativas do consumidor, produtos libertos da carga de defeitos que os demais continuavam a apresentar.

«Sem a ajuda de técnicas estatísticas, a reacção normal da administração é culpar o trabalhador. Isto traz à luz o mito de que não haveria problemas na produção ou no serviço se os trabalhadores executassem com correcção as suas actividades. Na maior parte dos casos, (porém) os trabalhadores são individualmente impotentes para agir, porque se defrontam com problemas embutidos no sistema de produção» (Mann, 1992: 37).

4. Ferramentas estatísticas e melhoria da qualidade. Entendimento da variação

Ora, a resolução de problemas crónicos numa organização requer uma abordagem lógica e estruturada, usando dados e instrumentos apropriados, onde entra em boa parte a estatística.

Essa abordagem, tal como foi desenvolvida por Juran Institute (1994), apresenta os seguintes passos:

- Listar e priorizar problemas;
- Analisar sintomas;
- Formular teorias de causas do problema;
- Testar as teorias;
- Identificar as causas-raiz;
- Considerar soluções alternativas;
- Desenhar soluções e controlos;
- Tratar da resistência à mudança;
- Implementar soluções e controlos;
- Verificar o desempenho;
- Monitorar o sistema de controlo.

Para identificar e priorizar problemas precisamos de colher dados, sendo a análise de Pareto um auxiliar potencial para essa priorização. O mesmo se pode dizer para analisar os sintomas do problema escolhido para resolução.

Para testar as teorias, identificar as causas-raiz do problema, desenhar soluções e controlos, verificar o desempenho e monitorizar o sistema de controlo torna-se necessário usar ferramentas estatísticas de recolha, estratificação e formas gráficas apropriadas de apresentação de dados.

Portanto, o campo de aplicação da estatística usada no controlo e melhoria da qualidade é vastíssimo e central.

O conhecimento do fenómeno da variação é um dos instrumentos mais poderosos da gestão, opinião corroborada por Deming para quem o processo central da gestão e da liderança é o da compreensão da informação contida na variação.

Sobre a relação da variação e da qualidade, Kelly Court apresentou-a em 1998 em Portugal da seguinte forma:

- cada processo é efectuado de forma diferente cada vez que é repetido;
- a maioria das diferenças é inesperada;
- medir estas diferenças ajuda-nos a compreender cada processo e a planear as alterações;
- quando reduzimos as diferenças, melhoramos a qualidade, diminuimos os custos (menos passos no processo) e aumentamos o valor.

É responsabilidade da gestão decidir quando e onde usar uma carta de controlo da variação. Aos estatísticos, engenheiros ou outros profissionais do controlo da qualidade cabe a responsabilidade de colher os dados, construir a carta de controlo

e trabalhar sobre as causas especiais dos problemas quando forem encontradas. Atingida uma situação de controlo estatístico e a consequente estabilização do processo produtivo cabe à gestão decidir trabalhar ou não sobre as causas comuns para melhoria desse mesmo processo (Deming, 1994: 182).

Citando Deming, os acidentes distribuem-se por dois tipos, consoante o tipo de causa (Deming, 1994: 182):

«Tipo 1. O resultado (acontecimento infeliz, ou evento sobre agradável) é uma consequência de causas especiais de variação.

Tipo 2. Decorre de uma qualquer causa especial.

Porque é que a distinção é importante? A resposta é que sem essa distinção os esforços dirigidos à redução no futuro de acontecimentos infelizes (ou os esforços dirigidos ao aumento do número de eventos agradáveis) constituirão um desapontamento.

Para o resultado do Tipo 1, os esforços devem dirigir-se à causa do sistema (as causas comuns) que o produzem.

Para o resultado do Tipo 2, os esforços devem ser dirigidos à identificação da causa especial, responsável do resultado e à sua remoção para o caso de recorrência. Se orientarmos mal os nossos esforços, só pioraremos as coisas.

Quantos acidentes ocorrem por causas divididas ninguém sabe».

Tomemos atenção ainda o que diz o Juran Institute nesta matéria: «Embora o desempenho de um processo varie de dia para dia, a média desse desempenho e a dimensão dessa variação são muito constantes ao longo do tempo. Este nível de desempenho é inerente ao processo. Foi assim que foi planeado» (Juran Institute, 1994: 2).

Para a mesma fonte o objectivo da resolução de problemas no contexto de um desempenho normal é o de restabelecer esse desempenho dentro do padrão estabelecido, envolvendo a detecção da alteração (pico estatístico esporádico), a identificação da causa da alteração e acção de restabelecimento (Juran Institute, 1994: 2).

No entanto, se a resolução de problemas no contexto de um desempenho normalizado é importante, no contexto da melhoria do desempenho o impacto é ainda maior. Aqui o objectivo é chegar um nível de desempenho nunca atingido. Isto exige um avanço radical na abordagem do desempenho histórico do processo.

«A experiência mostrou que tais avanços no desempenho requerem uma sequência de avanços contributivos» (Juran Institute, 1994: 2):

— Mudança significativa na atitude para desafiar o padrão histórico de desempenho e provar a outros que há uma necessidade e um caminho para fazer melhor.

- Muitas vezes é necessário haver uma mudança significativa na organização. Para fazer frente habitual a um baixo desempenho radicado em problemas de sistema apresenta-se a necessidade de criar novas formas organizacionais para diagnosticar problemas crónicos e para os resolver.
- Uma mudança significativa no conhecimento sobre como o processo opera e sobre as causas de um mau desempenho.
- Mas, como este novo conhecimento por si só pode não ser suficiente para garantir que um novo nível de desempenho seja atingido e porque as pessoas trabalham no processo e estão habituadas ao nível histórico de desempenho, precisamos de atingir uma mudança significativa de padrões culturais, aprendendo a tratar a resistência à mudança e provendo formação nos novos métodos.
- Finalmente, temos de implementar os novos métodos e verificar uma mudança significativa nos resultados.

«A melhoria da qualidade e avanços significativos no desempenho não acontecem a menos que todas estas mudanças contributivas se verifiquem» (Juran Institute, 1994: 3).

5. O contexto da Saúde

Estas são as primícias do controlo e da melhoria da qualidade. Pergunta-se: então se a Saúde fica de fora, só porque é mais complexa ou, pelo contrário, se deve também inserir no domínio do controlo e da melhoria da qualidade?

«As ferramentas básicas da melhoria da qualidade (...) são de facto úteis nos cenários da saúde e resistiram ao teste do tempo. Embora tais ferramentas tivessem sido usadas durante anos noutro tipo de empresas, há treze anos atrás eram basicamente desconhecidas na Saúde», seguindo o testemunho de Berwick, Godfrey e Roessner, no livro intitulado *Curing Health Care*, numa nova edição de 2002

A Saúde, por complexidade inerente à sua estrutura e processos de trabalho, mais carece ainda de se suportar no controlo estatístico da qualidade. Como diz Plsek, «a variação nos resultados de desempenho é a consequência natural de qualquer processo complexo». Daí ainda uma necessidade maior no domínio da saúde, quanto ao uso de tais métodos.

É um erro isolar o sector da Saúde neste domínio. Isso aconteceu ao longo de grande parte do século XX, mas há um pouco menos de 20 anos deu-se a abertura. O célebre livro *Curing the Health Care*, acima referido, apresenta os primeiros esforços de aplicação dos métodos de Shewhart, Deming e Juran à Saúde, no que se designou de National Demonstration Project (NPD).

A situação que esses pioneiros descreveram na altura apresenta algumas semelhanças com o que hoje ainda se passa na Saúde em Portugal. Reparemos em particular na declaração enérgica da equipa dos Hospitais de John Hopkins: «A informação referente a medidas de eficiência era anedótica fragmentada e sem sistema de avaliação de dados e muito menos para identificação de áreas de preocupação para efeitos de acção correctiva».

(...) «Sem surpresas, a equipa do John Hopkins descobriu que os processos dos cuidados de saúde e do serviço ao doente variavam tanto quanto as medidas de desempenho. Sem um sistema de medição mais bem definido, (...), seria difícil monitorizar o desempenho ou perceber como melhorá-lo».

A tremenda variação na prestação de cuidados de saúde é, aliás, um sinal de problemas de qualidade, como foi assinalado no relatório da Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry (1998), nomeada pelo Presidente dos EUA: variação nas taxas de procedimentos comuns entre áreas geográficas, no uso dos serviços de internamento e de técnicas terapêuticas, variação entre prestadores individuais, são aspectos referidos e documentados.

Os valores em causa na saúde, a vida e o bem estar, e a sua ausência, a morte, o dano e a doença, tornam ainda mais exigente o uso de métodos de controlo e melhoria do desempenho do sistema de saúde e das suas partes. A situação agrava-se quando se reconhece a tensão entre ciência e arte existente na Medicina, entre o conhecimento e o não conhecimento. Perante um universo de conhecimento em expansão, a tendência de variação nos processos, nos procedimentos e nos resultados é indesmentível.

A dimensão e a fragmentação estrutural, como características da rede de prestação de cuidados, agravam os riscos próprios e colocam desafios de gestão e de qualidade inigualáveis.

Todas estas características conduzem-nos a uma variedade de dimensões a medir e a uma fome de sistemas de informação à medida das necessidades.

Finalmente os níveis a medir e a gerir: o sistema, os respectivos planos intermédios, as organizações prestadoras de cuidados, os indivíduos (prestadores e doentes), a doença e os seus universos próprios de doentes.

O desafio aumenta à medida dos nossos avanços, gerando insatisfação perante erros e desperdício, necessidades de medição, melhoria e controlo, num ciclo de aperfeiçoamento constante. Podemos dizer que nos encontramos no início de uma nova era, a qual exige que nos aparelhemos para a viagem de eliminação constante de erros e desperdício na Saúde. Sem margem para dúvidas a estatística e os estatísticos são uma parte essencial da tripulação e da aparelhagem dessa nova navegação.

Referências

- ADVISORY COMMISSION ON CONSUMER PROTECTION AND QUALITY IN THE HEALTH CARE INDUSTRY (1998), *Quality First: Better Health Care for All Americans*.
- Deming, E. (1982) *Out of the Crisis*. Cambridge, Massachusetts, EUA: Massachusetts Institute of Technology.
- Deming, E. (1994). *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, Massachusetts, EUA: Massachusetts Institute of Technology.
- Juran Institute (1994). *Quality Improvement Tools*. Wilton, EUA.
- Juran, J.M. (1997), Early SCC. A Historical Supplement. *Quality Progress*, (Set.), p.79
- Mann, N.R. (1992). *Deming, As Chaves da Excelência*. São Paulo: Makron, McGraw-Hill.
- Silva, A., Varanda, J. e Dória Nóbrega, S. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Lisboa: Principia.

Controlo estatístico do processo – monitorização do desempenho de equipamento radiológico

Gilda Cunha

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL; FCM – UNL
gilda.cunha@estesl.ipl.pt

Nuno Machado

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL; FCM – UNL
nuno.machado@estesl.ipl.pt

Nuno Teixeira

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL; FCM – UNL
nuno.teixeira@estesl.ipl.pt

Resumo: Os programas de controlo de Qualidade de equipamentos radiológicos envolvem a realização de uma sequência de testes exaustivos e rotineiros aos equipamentos, no sentido da verificação do seu funcionamento adequado. Esta verificação é feita pela medição de um ou vários parâmetros cujos resultados têm de se enquadrar dentro de determinados limites definidos tanto pela legislação nacional como por normas internacionais.

Considera-se no entanto que a realização de uma análise estatística dos resultados obtidos periodicamente permite acompanhar o desempenho do equipamento, tornando possível a previsão de desvios sistemáticos ao funcionamento óptimo do sistema mesmo antes deste atingir os limites de tolerância, sendo por isso uma clara mais valia.

O aparelho escolhido para este estudo foi um mamógrafo Siemens MAMMOMAT 1000.

Focamos este trabalho na análise do kerma médio à superfície de entrada de um fantoma de acrílico de 4 cm de espessura, valor obtido mensalmente nos programas de controlo de qualidade e que dá uma indicação da Dose Glandular Média. Os valores de kerma foram obtidos através de um dosímetro semiconductor Unfors Mult-o-meter, em modo automático de exposição a 28 kV, com 4 exposições cada, durante os primeiros dois anos após a instalação do equipamento. O trabalho apresentado visa realçar as cartas de controlo como uma ferramenta útil num programa de controlo de qualidade de um

equipamento radiológico, bem como as dificuldades inerentes à utilização desta ferramenta estatística.

Palavras-chave: Cartas de Controlo; Controlo de Qualidade; Mamografia.

Abstract: Quality assurance programmes of radiological equipment need an exhaustive testing sequence and routine. This check is done by measuring one or more parameters whose results have to fit within certain limits defined both by national law as per international standards. It is considered, however, that the realization of a statistical analysis of the results obtained periodically lets us monitor the performance of the equipment, making it possible to systematic deviations forecast optimally system before reaching the limits of tolerance, which is a clear added value.

Keywords: Control Chart; Quality Control; Mammography.

1. Introdução

No contexto da melhoria da qualidade, quando se pensa na produção de um produto ou na prestação de um serviço, pensa-se em efectua-lo bem à primeira. Os custos da não qualidade são elevados e no contexto da saúde poderão estar associados a consequências muito graves, como a incapacidade ou morte de doentes.

O controlo estatístico do processo (CEP) constitui um conjunto potente de ferramentas de grande utilidade para se alcançar a estabilidade de um qualquer processo e melhoria da qualidade através da redução da variabilidade a ele associada.

As principais ferramentas do Controlo Estatístico do Processo designam-se, no contexto da Qualidade, por 7 magníficas, sendo fundamentalmente ferramentas de diagnóstico e controlo de processos, que possibilitam e potenciam a implementação mais rápida e assertiva de acções correctivas.

As ferramentas são respectivamente:

1. Folha de verificação
2. Diagrama de fluxos
3. Diagrama de causa-efeito
4. Gráfico de Pareto
5. Histograma ou diagrama de caule e folhas
6. Diagrama de dispersão
7. Cartas de controlo

De todas estas ferramentas as cartas de controlo, também designadas por cartas de controlo de Shewhart (Montgomery, 2001), desenvolvidas em 1920 por Walter Shewhart, dos «Bell Telephone Laboratories» constituem uma das ferramentas mais sofisticadas.

Uma carta de controlo é uma ferramenta gráfica que permite monitorizar a actividade associada a um processo. Os valores correspondentes à característica da qualidade são referenciados relativamente ao eixo vertical. O eixo horizontal representa as amostras ou subgrupos (em função do tempo) a partir dos quais a característica da qualidade é determinada.

As vantagens associadas à utilização de cartas de controlo são diversas, salientando-se as seguintes:

1. *Quando desenvolver uma acção correctiva.* Uma carta de controlo permite identificar quando um processo não está a funcionar bem e nessa sequência avançar com uma acção correctiva.
2. *Tipo de acção correctiva necessária.* Através da identificação do padrão não aleatório presente numa carta de controlo é possível diagnosticar possíveis causas para o problema e possíveis acções correctivas.
3. *Quando deixar um processo a funcionar por si.* A variabilidade faz parte de um qualquer processo. Uma carta de controlo revela se a variabilidade presente no seu funcionamento é normal pelo que nenhuma acção correctiva deve ser desenvolvida.
4. *Capacidade do processo.* Se uma carta de controlo revela que um processo está sob controlo estatístico, pode estimar-se a capacidade desse processo e a sua potencialidade para atingir novos requisitos do cliente ou melhorar a sua performance.

2. Controlo da Qualidade de equipamentos radiológicos

Os programas de controlo de qualidade de equipamentos radiológicos envolvem a realização de uma sequência de testes exaustivos e rotineiros aos equipamentos, no sentido da verificação do seu funcionamento adequado. Esta verificação é feita pela medição de um ou vários parâmetros cujos resultados têm de se enquadrar

dentro de determinados limites definidos tanto pela legislação nacional como por normas internacionais.

Considera-se no entanto que a realização de uma análise estatística dos resultados obtidos periodicamente permite acompanhar o desempenho do equipamento, tornando possível a previsão de desvios sistemáticos ao funcionamento óptimo do sistema mesmo antes deste atingir os limites de tolerância, sendo por isso uma clara mais valia.

2.1. Material e método

Focamos este trabalho na análise da kerma média à superfície de entrada de um fantoma de acrílico de 4 cm de espessura, valor obtido mensalmente nos programas de controlo de qualidade e que dá uma indicação da Dose Glandular Média. Os valores de kerma foram obtidos através de um dosímetro semiconductor Unfors Mult-o-meter colocado sobre o fantoma, em modo automático de exposição a 28 kV, com 4 exposições cada, com o cuidado de colocar o dosímetro sempre na mesma posição, durante os primeiros dois anos após a instalação do equipamento. A figura 1 apresenta a montagem do modo como foram efectuadas as medições referidas.

Para a análise dos dados foram usadas duas cartas de controlo distintas. A carta de controlo para a média que visa analisar a reprodutibilidade do valor médio do KERMA de um mês para o outro e a carta de controlo para a amplitude que visa analisar a amplitude dos valores medidos durante cada sessão de medições.

Os limites das cartas de controlo para a média e amplitude, figuras 2 e 3, foram calculados de modo a obter-se um intervalo de confiança superior a 99%.

O intervalo de confiança da carta de controlo para a média foi obtido a partir dos resultados de um estudo de repetibilidade e outro de reprodutibilidade;

- O de repetibilidade refere-se à média das amplitudes dos desvios máximo e mínimo diário em cada uma das sequências de medições, R , assumindo uma distribuição estatística gausseana.
- O de reprodutibilidade refere-se a um ensaio em que se realizou uma sequência de medições modificando em todos eles a combinação de acrílicos utilizada, variando ligeiramente a posição do detector, e outros parâmetros. O valor utilizado foi metade do intervalo máximo encontrado, assumindo uma distribuição estatística rectangular.

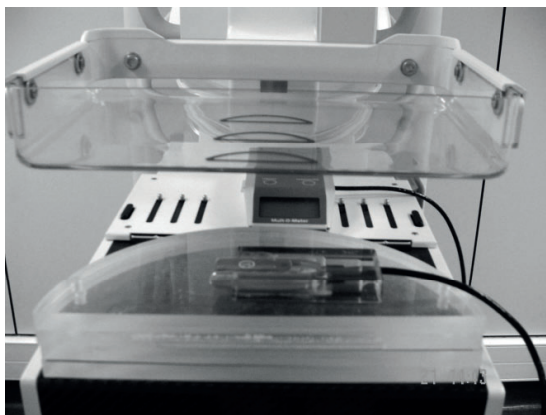
Desta forma o intervalo de confiança de 99% para a carta de controlo da média foi obtido a partir da expressão seguinte, utilizando o método ISO GUM [2] de cálculo de incertezas,

$$U = 3 \cdot \sqrt{\sigma^2 + \frac{\left(\frac{K_{\max} - K_{\min}}{2}\right)^2}{3}}$$

sendo σ o desvio padrão da média das medições, e $K_{\max}$ e $K_{\min}$ os valores limite de kerma no ar para o estudo de reprodutibilidade. A multiplicação por 3 corresponde a obter um grau de confiança superior a 99%.

O intervalo de confiança da carta de controlo da amplitude foi obtido da forma usual utilizando como limites de controlo o desvio padrão da sequência de amplitudes diárias, multiplicado por 3 para se obter 99%.

Figura 1 – Arranjo experimental efectuado para a aquisição dos dados



2.2. Resultados

Como pode observar-se os valores obtidos situam-se sempre dentro dos intervalos de confiança estabelecidos, com excepção do 1º mês para a carta da média e do ponto relativo ao mês 10 da carta de controlo para a amplitude.

Figura 2 – Carta de controle para a média para a kerma na superfície de entrada do fantoma de 4 cm de acrílico em modo automático de exposição e 28 kV

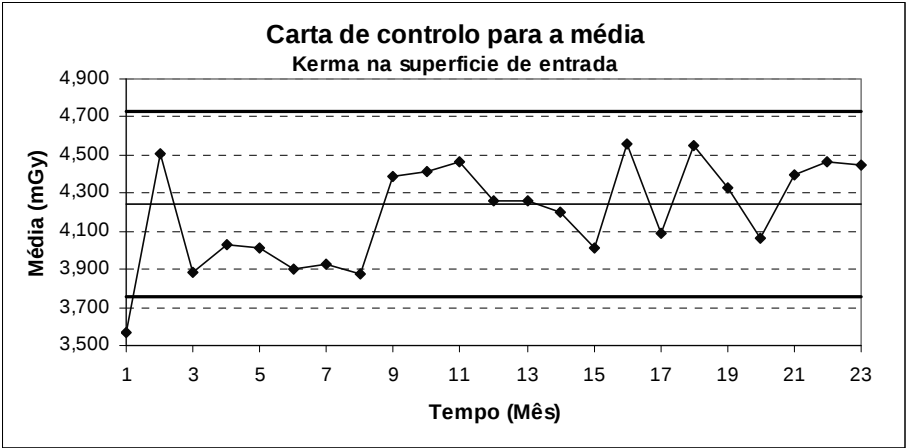
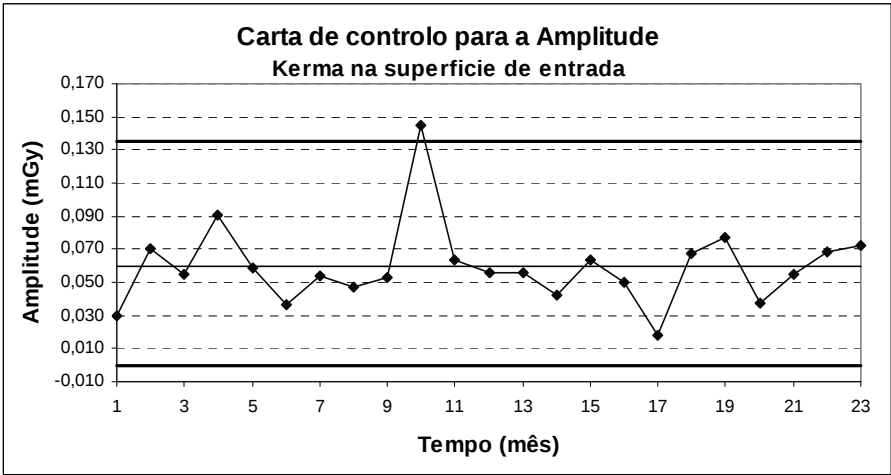


Figura 3 – Carta de controle para a amplitude para a kerma na superfície de entrada do fantoma de 4 cm de acrílico em modo automático de exposição e 28 kV



2.3. Conclusão

O ponto fora do intervalo de confiança na carta de controlo para a amplitude do valor da kerma na superfície de entrada do fantoma deve-se ao facto de as condições da medição terem sido alteradas durante a aquisição (por necessidade do serviço), não estando portanto relacionado com o equipamento controlado, mas sim com o método de aquisição.

A dispersão de resultados para a média expressa no gráfico deve-se principalmente às diferentes densidades dos acrílicos utilizados. A partir da observação desta carta corrigiu-se o procedimento passando a utilizar-se sempre o mesmo conjunto de acrílicos para reproduzir de forma mais exacta a medição, o que resulta no patamar registado a partir da medição 21.

Verifica-se assim que este método faz realçar qualquer anomalia no equipamento controlado mesmo quando o parâmetro medido por si só seja aparentemente normal. Neste caso em concreto um valor de KERMA médio na superfície de entrada inferior 10 mGy [1], se analisado individualmente, seria considerado um valor normal, no entanto utilizando cartas de controlo tem-se uma área de acção melhor definida podendo detectar-se uma anomalia mesmo antes de esta apresentar na sua plenitude.

É ainda possível verificar que este tipo de estudo estatístico permite detectar anomalias no próprio equipamento de medição, bem como falhas de reprodutibilidade no protocolo de aquisição de dados.

Referências

- [1] Decreto-lei n.º 180/2002, publicado no D.R. n.º 182 de 8 de Agosto de 2002, transposição da directiva do Conselho Europeu n.º 97/43/EURATOM.
- [2] Guide to the expression of uncertainty in measurement, ISO, 1995, ISBN 92-67-10188-9
- [3] Montgomery, D. C. (2001). *Introduction to Statistical Quality Control*, 4th ed. John Wiley & Sons.

Qualidade em saúde: diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes

Mafalda Isabel Fortuna Silva

Enfermeira – Hospital N. S. Rosário do Barreiro
mafaldafortuna@yahoo.com

Raquel Alexandra Costa

Enfermeira – Hospital N. S. Rosário do Barreiro
raquel.ac.costa@gmail.com

Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

Joaquim Manuel Fialho

Universidade de Évora
joaquim.fialho@gmail.com

José Manuel Leal Saragoça

Universidade de Évora
jsaragoca@uevora.pt

Luísa Maria Reis Pedro

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL
luisa.pedro@estesl.ipl.pt

Maria Asensio

Instituto Nacional da Administração
maria.asensio@ina.pt

Resumo: As crianças com diabetes tipo I podem viver num processo de bem-estar contínuo, maximizando o equilíbrio no quotidiano. Neste contexto, os profissionais de saúde poderão e deverão vir a ter um papel único na intervenção junto destas crianças, na promoção da sua qualidade em saúde, no reforço da sua autonomia e nomeadamente na articulação e flexibilização das organizações em rede.

Um dos maiores desafios incide em encontrar continuamente recursos e respostas neste contexto, o que nos direcciona para o conceito de qualidade em saúde, sua monitorização e avaliação na procura da excelência dos cuidados.

O hospital deverá ter a capacidade de analisar o seu ambiente externo percebendo quais as instituições que poderão cooperar com este, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

A ligação dos cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, parece então ser um novo caminho a percorrer.

O presente trabalho assenta numa abordagem predominantemente qualitativa, sem negligenciar os aspectos quantitativos da metodologia da análise de redes sociais, identificando as dinâmicas da rede formal de apoio à valorização da qualidade em saúde em criança com diabetes tipo I.

Palavras-chave: Criança com Diabetes; Cuidados Continuados; Qualidade em Saúde; Redes Sociais.

Abstract: Children with type I diabetes can live in a process of continued well-being, maximizing the balance in everyday life. In this context, health professionals can and should come to have a unique role in intervention with these children, and in particular the autonomy and flexibility in the articulation of network organizations.

One of the greatest concerns continually find resources and answers in this context, which directs us to the concept of quality in health, their monitoring and evaluation in the pursuit of nursing excellence.

The hospital should have the ability to analyze its external environment by seeing which institutions that can cooperate with this, enhancing the quality of care.

The connection of different health care and primary health care, then it seems to be a new way to go.

This paper is based on a qualitative approach, without neglecting the quantitative aspects of the methodology of social network analysis to identify the dynamics of the formal network of support to children with diabetes type I.

Keywords: child with diabetes, sustained health, health quality, care social networks.

1. Introdução

A área da qualidade em saúde assume grande importância na actualidade, por ser tão ampla e complexa, mas também tão inquietante quando relacionada com a prestação de cuidados de saúde em situações particulares, como por exemplo no caso dos utentes com doença crónica.

A doença crónica em crianças é uma questão problemática, não só porque interfere no desenvolvimento da criança a longo prazo, mas também porque afecta o quotidiano de todos os membros da família, situação que requer assistência e

seguimento específico pelos profissionais de saúde (Ribeiro e Rocha, 2007). Efectivamente, a problemática da diabetes tipo 1 na criança tem vindo a ganhar uma importância crescente para os profissionais de saúde pelo uso inadequado dos serviços de saúde e um aumento dos custos, emocionais e socioeconómicos decorrentes da doença. Que qualidade em saúde subjazem nos serviços prestados a este tipo de doentes? Como é que os serviços de saúde articulam com as estruturas sociais para a garantia da qualidade dos serviços prestados?

Estas são algumas das questões que serão analisadas no presente artigo, tomando como pano de fundo um estudo realizado em 2009, junto das organizações de serviços de saúde do Barreiro e da sua rede de apoio às crianças com a doença de diabetes tipo 1. No presente artigo são apresentados os traços gerais da matriz teórica, a metodologia utilizada no estudo, bem como as principais conclusões. No enquadramento teórico, é realizada uma breve análise do conceito de qualidade em saúde, uma contextualização da rede de apoio à criança com diabetes, uma introdução ao conceito de Rede Social bem como uma breve referência operacionalização metodológica da análise de redes sociais. Na opção metodológica, descreve-se a metodologia utilizada na pesquisa. Segue-se a apresentação e discussão dos resultados, através da análise de conteúdo das entrevistas e da análise da rede social subjacente à rede de apoio ao tratamento da criança com diabetes. Finalmente são apresentadas as conclusões do estudo, e as recomendações.

2. Garantia da Qualidade nos cuidados de Saúde

O que se entende por qualidade em saúde? Trata-se de um conceito polissémico, vasto e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa vida ou profissão, sendo este difícil de definir já que está dependente de uma perspectiva individual, ou seja, das características implícitas ou explícitas, inerentes da interpretação de cada um de nós, nomeadamente das que associamos a esse mesmo produto ou serviço.

Numa perspectiva empresarial, segundo Deming, a qualidade deverá estar de acordo com as necessidades globais de cada consumidor (Mezomo, 2001). Juran revela-nos que a qualidade é a «aptidão para o uso», e sinónima de satisfação do produto, admitindo assim que a falta de qualidade é sinónimo de insatisfação do produto (Mezomo, 2001). A qualidade é definida pela ISO – Organização Internacio-

nal de Normalização – como «o conjunto de propriedades e características dum produto ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas do cliente» (Madeira, 1995).

Como se sabe, a OMS define a qualidade em saúde tendo como base o objectivo da própria ideia de saúde. Vejamos. Para a OMS, «Qualidade é (...) a comparação de como o nível dos cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como nível desejado e cuidados». (Kemp e Richardson, 1995:3). Porém esta ideia encerra não só uma lógica de utopia generosa, mas remete-nos para um outro plano de leitura mais de ordem política, económica e técnica. De relevar que Donabedian (1978) foca dois domínios de qualidade em saúde. Para o autor, o domínio técnico, que consiste na «aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados» (cf. Nóbrega, *et al.*, 2004:59), e o domínio interpessoal que se relaciona com os valores e normas de cada indivíduo cimentados pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente. Neste contexto, o conceito de qualidade em saúde implica «a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes» (cf. Nóbrega *et al.*, 2004:59).

Face ao exposto, a avaliação da estrutura da garantia da qualidade em saúde é tão essencial como os outros componentes, processos e resultados na prestação de cuidados; todos estes são fundamentais para obter um sistema de sucesso (Kemp e Richardson, 1995). Na verdade, a necessidade de implementar sistemas de qualidade com sucesso está hoje assumida formalmente nas organizações de serviços de saúde. A acreditação e a certificação dos serviços está na ordem do dia. O uso de *guidelines* validados é uma realidade cada vez mais presente no quotidiano de trabalho. Neste domínio, as associações profissionais da área da saúde adoptam um papel fundamental na definição de padrões de qualidade em cada domínio específico, a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de utilização local. (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Contudo, em Portugal, na articulação entre as diferentes instituições divididas entre «Centro Saúde» e «Hospital», a troca de informação é ainda escassa ou inexistente; o acesso não é extenso a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz. Existe neste contexto, a necessidade de ultrapassar a dicotomia «Centro Saúde» – «Hospital» através da articulação efectiva em rede, o que implica o estabelecimento de reais linhas de articulação.

Na perspectiva dos enfermeiros, a troca de informação entre as diversas instituições de saúde implica a constituição de uma rede, devendo ser rentabilizadas as suas potencialidades nomeadamente através da criação de canais de comunicação e interacção entre os profissionais de saúde, que promovem a articulação entre os diferentes contextos de cuidados (Sousa, *et al* 2005). Porém, na realidade portu-

guesa as barreiras ao fluxo e partilha de informação são ainda enormes e fazem com que as informações relevantes não cheguem em tempo útil. Por isso urge a necessidade de estabelecer ou reforçar relações entre os diversos intervenientes, facultando o estabelecimento de novos canais. (Sousa *et al.*, 2005) Em suma, se os profissionais de saúde, em geral, e os enfermeiros, em particular, compreenderem a importância do trabalho em rede e como se podem articular no apoio a doentes crónicos, permitirá, na linha do pensamento de Sale (1998), obter um enquadramento sustentado para a melhoria das condições de garantia da qualidade e de segurança dos doentes na prestação dos cuidados de saúde.

3. Diabetes Tipo 1

O número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 (Hanas, 2007) tem vindo a aumentar por todo o mundo, contudo são os países desenvolvidos que apresentam uma maior percentagem de crianças com esta patologia.

Em Portugal, existem aproximadamente 1.300 crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos (Hanas, 2007). Tem sido notório, o lento mas constante aumento do número de casos diagnosticados por ano, nomeadamente nas faixas etárias mais jovens. (Dahlquist; Mustonen 1995 cf. Hanas, 2007)

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glucose) no sangue, a quantidade de glucose no sangue, designa-se glicemia, o aumento desta, denomina-se hiperglicemia (APDP, 2009). É uma patologia muito frequente na nossa sociedade e a sua frequência aumenta muito com a idade, atingindo os ambos os sexos. Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil pessoas com Diabetes (APDP, 2009).

A Diabetes Tipo 1 é insulino-dependente, o que significa que o tratamento com insulina é obrigatório, neste tipo de diabetes as células pancreáticas produtoras de insulina são destruídas pelo próprio organismo, através de um processo denominado «auto-imune». (Hanas, 2007) Estes doentes necessitam de insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de produzi-la, o tratamento é adaptado a cada criança, dependendo de factores como: idade, exercício físico, hábitos alimentares, horários. Porém, esta é uma doença, na qual o sucesso do seu controlo depende da motivação e aptidão da criança/adolescente e família para cuidar de si ou dos seus, muitas vezes independentemente da ajuda dos profissionais (Swift citado por Hanas, 2007).

No entanto, é fundamental que os médicos, enfermeiros, dietistas e todo o pessoal interveniente no apoio estejam devidamente informados sobre a doença, de modo a que esta seja tratada adequadamente, o que requer um trabalho conjunto dos profissionais de saúde no apoio aos doentes e familiares. (Brink citado por Hanas, 2007).

Efectivamente, o principal objectivo no controlo da diabetes é minimizar a gravidade dos sintomas e os efeitos secundários. Neste sentido, é fundamental que a criança/adolescente cresça e se desenvolva num ambiente que assegure cada etapa do tratamento diminuindo os distúrbios no seu quotidiano. Após o diagnóstico, no regresso à escola é importante o apoio dos amigos e professores, é essencial a deslocação de um enfermeiro especialista à escola para intervir junto destes informando-os sobre os cuidados na diabetes. Assim sendo, a articulação adequada e eficaz dos profissionais da saúde é fundamental, pois se não existir a certeza dos objectivos e regimes de tratamento, as informações contraditórias irão agravar a situação. (Hanas, 2007)

O Programa Nacional de Saúde Escolar define como área de intervenção, a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais o que prevê o seu acompanhamento pelas equipas de saúde escolar com orientações da Direcção-Geral da Saúde. Todavia no início do ano lectivo, não dispensa o planeamento envolvendo profissionais responsáveis pelo tratamento da criança (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) os pais e professores. (Pina & Fadista, 2007)

A necessidade de inverter a tendência do crescimento da diabetes em Portugal e a necessidade de aumentar os ganhos em saúde, novas estratégias surgiram, dando origem à nova versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; estas assentam na prevenção primária através da redução de factores de risco, adaptação de estilos de vida saudáveis, na prevenção secundária, no diagnóstico precoce e no tratamento adequado e na prevenção terciária. Neste contexto as estratégias só terão êxito se forem desenvolvidas numa infra-estrutura sólida que complete a capacidade organizativa, quiçá em rede, acrescida da formação dos profissionais de saúde para responder às exigências dos cuidados prestados. (Candeia *et al.*, 2008)

4. Conceito de redes sociais

O conceito de rede social é cada vez mais objecto de estudo de investigadores e profissionais da área das ciências sociais. (Serrano, 2007)

O conceito de rede deriva do latim «rete» que significa armadilha ou laço. Uma rede social pode ser definida como um conjunto de actores que estabelecem entre si vínculos, pode conter mais ou menos actores, muitas ou poucas relações. Mitchell (1969) citado por Serrano (2007:81) descreve como «um conjunto específico de ligações entre um determinado grupo de pessoas, com a particularidade de que as ligações no seu todo podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas»; Bott (1971) citado por Serrano (2007:81) afirma que rede é todo ou alguma das unidades sociais com quem um determinado indivíduo ou grupo contacta. Este conceito tem sido utilizado nas ciências sociais e humanas de modo e sentidos diferentes. Numa forma metafórica, representa a concepção da sociedade, na medida em que esta é construída por redes de relações interpessoais ou intergrupais. (Fialho, 2007)

Noutro contexto, as redes sociais surgiram como um padrão organizacional, nos últimos anos, com capacidade de expressar, através da sua estrutura de relações, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas. (Fialho, 2007) Estas são responsáveis pela partilha de ideias intra-pessoais, de interesses e objectivos comuns, pode ser considerada uma medida de política social, visando o combate de problemas, são fruto das manifestações culturais, traduzem o padrão organizacional, duma nova forma de conhecer, pensar e fazer política. (Fialho, 2007)

Uma rede social é um conjunto de pessoas, organizações, etc. que estabelecem ligação entre si por meio dum conjunto de relações sociais de tipo específico, deste modo, a estrutura de qualquer organização poderá ser estudada e compreendida tendo como ponto de análise as suas redes múltiplas de relações internas e externas. (Fialho, 2007)

Segundo Mitchell e Trickett (1980) citados por Serrano (2007) os critérios para identificar quem é membro de uma rede varia de acordo com três dimensões:

- A listagem de todos os elementos da rede social;
- O grau de contacto com o alvo;
- A frequência de contactos que deverá ocorrer para que um indivíduo seja considerado um elemento activo da rede.

Neste contexto, a rede pode apresentar características estruturais, referentes à qualidade da rede (tamanho ou extensão; densidade da rede; grau de relacionamento) e características individuais, as ligações entre elementos (intensidade, durabilidade, multidimensionalidade, direcionalidade e reciprocidade, densidade da relação, dispersão, frequência, homogeneidade).

De acordo com Hanneman (2000) compreender uma rede social implica a realização de uma descrição completa e rigorosa da sua arquitectura, o que levou à criação e utilização de um método adequado, a análise de redes sociais.

Podemos encontrar três elementos distintos para a percepção das suas fronteiras das redes, do ponto de vista da operacionalização:

- **ECONÓMICO** que pressupõe as actividades e recursos que servem de intercâmbio nas redes;
- **SOCIAL** no qual se enquadram os actores das redes e as relações de confiança que estabelecem entre si;
- **ESTRATÉGICO** que surge associado ao valor que é produzido no quadro das rede.

Numa perspectiva mais operacional a rede encontra-se associada à lógica de fluxo e de articulação na qual se podem enquadrar as redes de comunicação, transporte, telecomunicações.

Nesta linha de raciocínio, Loiola e Moura (1997) citado por Fialho (2007) atribuem dois tipos de rede: a de fluxo unidireccional, onde o ponto de partida e chegada se encontram bem definidos, e a de carácter multidireccional, onde os fluxos existem sem que se verifique um centro. A competitividade no sector da saúde levou ao aumento da incerteza e da insegurança dentro das organizações, as quais, para manterem-se no mercado de trabalho, necessitam de estruturar novos processos de flexibilização, nomeadamente as articulações entre si, rentabilizando os recursos e minimizando os gastos. (Fialho, 2007)

De relevar que «As necessidades de novas respostas, conducentes a práticas de inovação tecnológica e de gestão, resultam da necessidade estratégica das organizações solidificarem as suas bases no campo da inevitável mutação.» (Silva & Fialho 2006:p.d)

Assim sendo, o conhecimento de uma rede social é importante aprofundar porque:

- Oferece meios operacionais de aprendizagem acerca do quotidiano das pessoas
- A ligação entre os actores das redes oferece uma base teórica para o desenvolvimento de intervenções preventivas.
- Sugere uma forma de desenvolver e articular recursos formais e informais.

O sistema hospitalar é uma peça mestra neste contexto. Contudo, após um período de hospitalocentrismo, as evoluções necessárias surgem com muita dificuldade devido aos «hábitos» adquiridos de intervenção tecnicista na lógica do tratar na prestação de serviços. «A não articulação entre a missão do hospital e as dos

seus parceiros conduziu a disfunções na própria missão hospitalar.» (Honoré, 2002:125) O hospital atingiu um estado de sobrelotação pouco propício ao desenvolvimento de alternativas de mudança à sua cultura. Torna cada vez mais necessário reformular as lógicas hospitalares através de redes de formação interinstitucional para melhor garantir a qualidade dos serviços de saúde.

4.1. Análise de redes sociais

A metodologia de análise de redes sociais (ARS) estuda as relações específicas entre determinados elementos como, pessoas, grupos, organizações, acontecimento, tratando os dados relacionais, ou seja compreende-se por dado relacional a existência de um vínculo específico existente entre um par de elementos. Esta metodologia encontra-se amplamente utilizada em vários países mas, contudo é pouco utilizada em Portugal, «A análise de redes pressupõe uma lógica de análise estrutural que assenta em dois objectivos centrais: a identificação de determinados padrões de interacção social e, por outro lado, compreender a influência desses padrões no comportamento dos actores sociais. Trata-se dum processo de matriz indutiva que parte de relações sociais objectivas e caminha até padrões de relacionamento que formam a estrutura social dum determinado sistema. Estes padrões de relacionamento podem ser mensuráveis matematicamente pela teoria dos grafos, pela teoria estatística e probabilística e através de modelos algébricos». (Wasserman e Faust, 1994; Lazega, 1998; Varanda, 2000 citado por Fialho 2007: 29/30).

Para a compreender qualquer rede é fundamental identificar três elementos:

- **Nós ou actores** – são as pessoas ou grupos que se encontram movidas por um objectivo comum. Regularmente a soma dos nós representa o tamanho da rede (Fialho 2007)
- **Vínculos ou relações** – são os laços existentes que se estabelecem entre dois ou mais actores, são representados por linhas.(Fialho 2007)
- **Fluxos** – indicam a direcção do vínculo, podem assumir várias designações: unidireccional ou bidireccional. Por sua vez, se não existir nenhum tipo de fluxo entre determinado actor, significa que se trata dum nó solto dentro da rede. (Fialho 2007)

O objectivo da análise de redes sociais consiste de um modo geral, à medição do grau de associação ou de casualidade entre as variáveis. As variáveis são dispostas numa folha de dados que comporta linhas e colunas, ou seja a construção da matriz adjacente actor – actor. Este tipo de representação é muito frequente em análise

estrutural, na medida em que está associada à construção dos grafos. (Lemieux e Ouimet, 2008)

A matriz define-se como uma tabela com **M** linha e **N** colunas representada sob a forma de quadro utilizada na construção dos grafos. Um grafo define-se por um conjunto de pontos (*vértices*) ligados por rectas (as *arestas*); são muito úteis na representação de problemas da vida real, em vários campos profissionais.

Na matriz os actores estão dispostos nas linhas e colunas, quando existe uma relação entre os dois actores o investigador escreve 1, caso esta seja ausente, é atribuído um 0. Na relação de **A** com **A** é atribuído um **X**, na medida em que não existe qualquer elo ou relação reflexiva de um actor consigo próprio; é importante referir que numa matriz, as linhas representam a origem dos vínculos dirigidos e as colunas o seu destino. (Fialho, 2007)

Embora a matriz possa conter dados binários, ou seja a presença ou ausência de relação, é possível inserir dados que pertençam a mais do que duas categorias. Este procedimento é utilizado para dar a intensidade de uma relação. (Lemieux e Ouimet, 2008)

De relevar que o modo como os indivíduos, as organizações se encontram conectadas, pode ser fundamental para a compreensão dos seus atributos e comportamentos. Indivíduos bem conectados podem ter um papel mais influente ou serem mais influenciados pelos restantes actores; assumem-se como um factor de importância nuclear, sendo deste modo indicador chave para a compreensão da complexidade da rede. Um actor pode ter poucos ou muitos laços, e deste modo serem «fortes» em relações, ou encontram-se «buracos», ou seja não recebem nem emitem.

Granovetter citado por Fialho (2007) qualificou a natureza dos laços sociais:

- **Laço forte** — «verifica-se entre dois indivíduos e pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, feição emocional, confiança e reciprocidade. Trata-se dum relacionamento que se vai construindo ao longo dos tempos.» (Fialho, 2007:96)
- **Laço fraco** — «surge numa posição oposta e envolve transacções de carácter pontual entre agentes, nas quais a identidade dos indivíduos assume uma menor importância.» (Fialho, 2007:96) Neste tipo de laço os níveis de confiança e reciprocidade são mínimos.

Para a compreensão da estrutura da rede, o seu tamanho pode ser um factor crítico; quanto maior for o grupo, maior é a densidade de laços, o que pode levar ao surgimento de novos grupos. A distância entre actores também deve ser tida em consideração, uma vez que quanto maior a distância entre os actores, maior será o

tempo para a o fluxo de informação, ou seja esta demorará mais tempo a ser difundida. (Fialho, 2007)

A distância geodésica (a distância dum actor até aos outros actores) tem sido amplamente utilizada em estudos de análise de redes sociais; representa o número de relações entre os actores através do caminho mais curto. (Fialho, 2007)

No domínio da análise estrutural de redes, a centralidade dos actores é importante para compreender qual as suas posições na rede. Neste contexto Freeman, citado por Fialho (2007) apresentou três medidas de centralidade:

- **Grau** (*degree*) – cálculo do número de ligações adjacente para cada actor. Um maior número de ligações directas, proporciona uma maior actividade na rede (Fialho, 2007)
- **Proximidade** (*closeness*) – remete à proximidade de um actor face aos outros todos, incluindo ligações directas e indirectas, demonstrando como está susceptível de receber informações, poder, prestígio e influência.
- **Intermediação** (*betweeness*) – O grau em que os actores estão situados entre pares de outros actores. Neste sentido o actor pode ter uma posição favorável, na medida em que se encontra num ponto de passagem obrigatório, ou seja, ocupa uma posição chave. (Fialho 2007).

Em qualquer rede social também existem elos que estabeleçam uma relação mais íntima, denominados por cliques, ou seja, grupos de actores aos quais cada um está directamente e fortemente ligado aos restantes (Marteleto, 2001).

5. Opção Metodológica

O diagnóstico e análise das redes sociais existentes surge neste contexto como algo inovador e complexo que permitirá compreender as características da rede social de suporte à criança com diabetes.

Neste contexto julga-se pertinente constatar e analisar quais as limitações das redes sociais existentes, procurar lacunas e adoptar estratégias para maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O objectivo geral deste artigo consiste em analisar as redes sociais existentes no apoio às crianças com diabetes tipo 1 do concelho do Barreiro e sinalizadas pelo HNSR EPE.

São objectivos específicos os seguintes:

- Analisar as potencialidades e limitações existentes na acção dos actores da saúde na rede social.
- Caracterizar o perfil das redes sociais existentes no apoio a estas crianças.
- Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados a estas crianças.

A metodologia utilizada assenta numa abordagem essencialmente qualitativa, no entanto para uma melhor compreensão da problemática em estudo foi também utilizada a abordagem quantitativa, através da contabilização das unidades de registo e da análise de redes sociais.

Foi assim procurado descrever e analisar as redes sociais existentes no apoio à criança com diabetes tipo 1, seguidas no HNSR.

A opção do tipo de estudo recai sobre a realização de um estudo de caso, na medida em que pretendeu-se estudar uma entidade bem definida, as redes sociais de apoio à criança com diabetes, visando conhecer em profundidade o fenómeno em estudo. (Sampieri, *et al.* 2007) Pretende-se que o estudo de caso se debruce sobre uma situação específica, que se supõe particularista da população; a informação que se obtém é única neste contexto pelo que o estudo apresenta um carácter exploratório, descritivo.

O HNSR dispõe desde de 11 de Novembro de 2008 a consulta da Diabetes Pediátrica; esta têm como objectivo o ensino e plano terapêutico adequado à criança, com diabetes em todas as suas vertentes: insulino terapia, dieta, exercício físico e apoio psicoterapêutico.

A escolha dos entrevistados teve por base os objectivos do estudo, ou seja, foi seleccionada intencionalmente com o intuito de compreender a rede social existente no apoio à criança com diabetes, as suas limitações e potencialidades.

Como local para a realização do presente estudo foram seleccionadas as seguintes entidades: Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Centro de saúde do Barreiro.

Neste contexto foi delimitado um grupo que tivesse inerente os pressupostos anteriores, pelo que foram seleccionados onze profissionais de saúde que prestam cuidados nas entidades a cima referidas, correspondendo à seguinte listagem:

Profissão	Instituição	Função na Organização	Anos de Serviço
Enfermeira	HNSR	Enfermeira Chefe	23 anos
Enfermeira	HNSR	Enfermeira Coordenadora Urgência Pediátrica	10 anos
Enfermeira	HNSR	Consulta Diabetes	16 anos
Enfermeira	HNSR	Consulta Diabetes	19 anos
Nutrição	HNSR	Consulta Nutrição	7 anos
Médica	HNSR	Directora Serviço Pediatria	17 anos
Médica	HNSR	Consulta Diabetes	2 anos
Enfermeira	HNSR	Crescer Parceria	22 anos
Psicóloga	HNSR	Consulta Psicologia	5 anos
Enfermeira	CSB	Saúde Escolar	7 anos
Enfermeira	CSB	Saúde Infantil	10 anos

Foi adoptado como método a análise estrutural das redes sociais. Este método permitiu descrever e explicar as relações entre os actores sociais. Como instrumento de recolha de informação, optou-se pelo inquérito por entrevista e em seguida utilizou-se um *software* estatístico de análise de redes sociais, o Ucinet versão 6, para tratamento da informação recolhida e o desenho dos grafos das redes em estudo. O corpus das entrevistas foi tratado via análise de conteúdo temático-categorial.

6. Análise Rede Social do Tratamento Criança com Diabetes

A análise de redes sociais é uma ferramenta que permite conhecer as interações entre os indivíduos, partindo de dados qualitativos de forma ilustrativa e agradável. (Alejandro e Norman, 2006)

A análise da estrutura pode ser analisada face a diversos indicadores de centralidade, o grau de conectividade da rede, indivíduos com maior ou menor número de

interacções, intermediação de alguns actores nas relações entre indivíduos. (Alejandro e Norman, 2006)

Neste estudo assume-se a interacção entre os actores como um factor fundamental para a definição de estratégias de actuação, face ao tratamento.

A rede de tratamento da criança com diabetes apresenta uma densidade ponderada moderada de 0.7143, e uma densidade binária moderada de 45% o que significa que num quadro de 100% de relações possíveis, estas verificam-se em 45 casos. Contudo, esta densidade moderada pode ser explicada por algumas das limitações referidas nas entrevistas, nomeadamente a disponibilidade dos profissionais referente respectivamente ao horário de funcionamento da consulta de diabetes pediátrica e à disponibilidade horária dos profissionais para articularem com as várias especialidades.

Quadro 1 – Densidades na Rede de Apoio no Tratamento e Controlo da Diabetes

	Urg. Pediátrica	Cons. Diabetes	Inter. Pediatria	Nutrição	Psicologia	Saúde Escolar	Saúde Infantil
Urg. Pediátrica		2	0	1	0	0	2
Cons. Diabetes	1		1	2	2	1	1
Inter. Pediatria	1	2		0	0	0	2
Nutrição	0	2	0		1	0	0
Psicologia	0	2	0	1		0	0
Saúde Escolar	0	2	0	0	0		2
Saúde Infantil	0	2	0	0	0	0	

Nota: 1 = sempre que os entrevistados referissem articular com esse recurso, ou lhe atribuísem uma menor nível de relação; 2 = sempre que referiram fazer com maior frequência; 0 = ausência de referência.

Matriz Ponderada:

Density (matrix average) = 0.7143

Standard deviation = 0.8532

Matriz Binária:

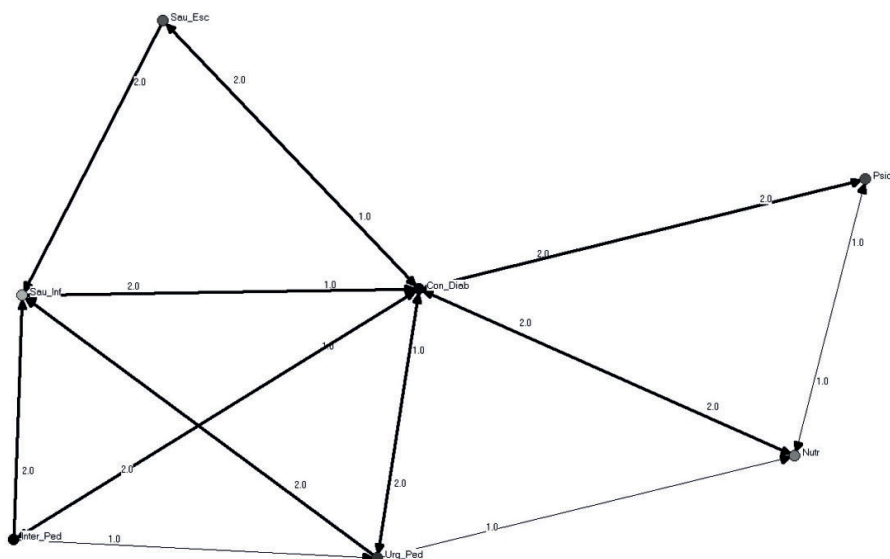
Density (matrix average) = 0.4524

Standard deviation = 0.4977

O grafo 1 apresenta a distribuição gráfica dos recursos identificados na comunidade pelos profissionais de saúde, bem como a articulação entre eles. Da análise do grafo, é de considerar o seguinte:

1. A quantidade de fluxos estabelecidos traduz uma matriz de intensidade moderada, o que demonstra que dentro da rede são estabelecidas algumas relações entre os actores;
2. Nenhum actor, apresenta-se excluído da rede de relações, pelo que são emitidos fluxos entre todos os actores;
3. Existe um actor na rede que ocupa uma posição privilegiada, central na rede;
4. Pode-se ainda observar no grafo a prevalência de laços fortes.

Grafo 1 – Rede «Ponderada» de contactos formais no tratamento da Criança com Diabetes



O que pode ser verificado no grafo 1, é de que a saúde infantil apenas estabelece fluxo bidireccional com a consulta da diabetes pediátrica, sendo os restantes fluxos unidireccionais. A saúde escolar relaciona com a saúde infantil e com a consulta da diabetes pediátrica. Verifica-se a necessidade de desenvolvimento da uniformização dos cuidados de modo a otimizar a comunicação entre «Centro Saúde» e «Hospital»; a troca de informação é escassa ou inexistente, na medida em que se estabelecem preferencialmente fluxounidireccionais. Em suma, pela análise apriorística do grafo é lícito sustentar que se verifica uma deficiente articulação/circulação de informação.

Na rede é notória a presença de maior percentagem de fluxos de entrada (75%) do que de fluxos de saída (36%). Este facto, pode resultar do modo com é realizado o fluxo de informação na prestação de cuidados à criança com diabetes, descrita por alguns dos entrevistados:

«praticamente a nível externo não são feita nenhuma articulação. Só quando tem alta, quando cá estão as crianças primeiro faz-se uma articulação com a consulta externa, só no momento da alta, (...) então aí faz-se uma articulação com os centros de saúde.» (E1)

«A nível de centro de saúde aquilo que ficou definido que a partir do momento em que esta criança tem alta é enviada uma carta de alta ou uma folha de articulação de cuidados para o centro de saúde. Em que a enfermeira que está responsável pela saúde infantil dará continuidade e se for necessário eventualmente fazer alguma visitação domiciliária pois ela irá fazer como já tem feito» (E6)

Centralidades Rede de Apoio no Tratamento e Controlo da Diabetes

FREEMAN'S DEGREE CENTRALITY MEASURES

		1	2	3	4
		OutDegree	InDegree	NrmOutDeg	NrmInDeg
2	Con_Diab	8.000	12.000	66.667	100.000
1	Urg_Ped	5.000	2.000	41.667	16.667
3	Inter_Ped	5.000	1.000	41.667	8.333
6	Sau_Esc	4.000	1.000	33.333	8.333
4	Nutr	3.000	4.000	25.000	33.333
5	Psic	3.000	3.000	25.000	25.000
7	Sau_Inf	2.000	7.000	16.667	58.333

DESCRIPTIVE STATISTICS

		1	2	3	4
		OutDegree	InDegree	NrmOutDeg	NrmInDeg
1	Mean	4.286	4.286	35.714	35.714
2	Std Dev	1.829	3.692	15.246	30.769
3	Sum	30.000	30.000	250.000	250.000
4	Variance	3.347	13.633	232.426	946.712
5	SSQ	152.000	224.000	10555.556	15555.556
6	MCSSQ	23.429	95.429	1626.984	6626.984
7	Euc Norm	12.329	14.967	102.740	124.722
8	Minimum	2.000	1.000	16.667	8.333
9	Maximum	8.000	12.000	66.667	100.000

Network Centralization (Outdegree) = 36.111%

Network Centralization (Indegree) = 75.000%

A consulta de Diabetes Pediátrica revelou-se como uma entidade em posição privilegiada no que respeita à recepção de fluxos; apresenta um grau de entrada de 12 com um grau de entrada normalizado de 100%, isto é notório na medida em que foi identificada pelos entrevistados como o principal recurso de articulação no tratamento da doença.

Este recurso, é um actor importante na rede, porque relaciona-se de forma directa com todos os outros actores, o que pode ser importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e formação dos profissionais, na medida em que estabelece laços fortes com os restantes actores.

Relativamente ao grau de intermediação da rede verifica-se que é elevado, na ordem de 72%; embora, a consulta surja, como o principal actor com o qual todos os outros actores se relacionam, apresenta um baixo grau de intermediação de 22%. Os resultados sugerem que os fluxos são maioritariamente unidireccionais.

Intermediação

FREEMAN BETWEENNESS CENTRALITY

Un-normalized centralization: 131.000

		1	2
		Betweenness	nBetweenness
		-----	-----
2	Con_Diab	22.000	73.333
1	Urg_Ped	0.500	1.667
4	Nutr	0.500	1.667
3	Inter_Ped	0.000	0.000
5	Psic	0.000	0.000
6	Sau_Esc	0.000	0.000
7	Sau_Inf	0.000	0.000

DESCRIPTIVE STATISTICS FOR EACH MEASURE

		1	2
		Betweenness	nBetweenness
		-----	-----
1	Mean	3.286	10.952
2	Std Dev	7.643	25.477
3	Sum	23.000	76.667
4	Variance	58.418	649.093
5	SSQ	484.500	5383.333
6	MCSSQ	408.929	4543.651
7	Euc Norm	22.011	73.371
8	Minimum	0.000	0.000
9	Maximum	22.000	73.333

Network Centralization Index = 72.78%

A situação descrita pode dever-se ao facto de existir poucos recursos humanos. Verbalizado por dois dos entrevistados como limitações da rede de tratamento à criança com diabetes, confirma o descrito.

«para o tratamento das crianças aqui no nosso serviço, mas acho que deveria de haver mais pessoas integradas nesse (...) parte desse grupo ia gerir, tudo em função daquilo que está estabelecido pelo grupo. Há uma lacuna nessa parte.» (E3)

«Limitações existentes a nível da consulta, neste momento eu acho que há uma grande limitação neste momento que é o facto de ter um único médico na consulta, com esta formação específica...» (E8)

Em suma, os resultados sugerem que em qualquer rede social também existem elos que estabelecem uma relação mais íntima, denominados por subgrupos (cliques); neste presente estudo foram identificados quatro subgrupos na intervenção na área da garantia da qualidade dos cuidados de saúde às crianças com Diabetes:

- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes – Internamento Pediatria – Saúde Infantil.
- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes – Nutrição.
- Consulta Diabetes – Nutrição – Psicologia.
- Consulta Diabetes – Saúde Escolar – Saúde Infantil.

Sub-grupos

```
4 cliques found.
1: Urg_Ped Con_Diab Inter_Ped Sau_Inf
2: Urg_Ped Con_Diab Nutr
3: Con_Diab Nutr Psic
4: Con_Diab Sau_Esc Sau_Inf

Clique Proximities: Prop. of clique members
adjacent that each node is adjacent to

      1      2      3      4
-----
1 Urg_Ped 1.000 1.000 0.667 0.667
2 Con_Diab 1.000 1.000 1.000 1.000
3 Inter_Ped 1.000 0.667 0.333 0.667
4 Nutr     0.500 1.000 1.000 0.333
5 Psic     0.250 0.667 1.000 0.333
6 Sau_Esc  0.500 0.333 0.333 1.000
7 Sau_Inf  1.000 0.667 0.333 1.000
```

7. Conclusão

As redes sociais tornam-se inovadoras na medida em que têm a capacidade de expressar, através da sua estrutura de relações, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas.

O sucesso de qualquer empreendimento humano depende do modo como os profissionais comunicam entre si, na medida em que uma comunicação deficiente é responsável por imperfeições organizacionais.

A articulação adequada e eficaz dos profissionais da saúde é fundamental, pois se não existir a certeza dos objectivos e regimes de tratamento, as informações contraditórias irão agravar a situação.

No presente estudo a consulta da diabetes apesar de recente é evidenciada pelos inquiridos como o principal recurso intra-hospital e o centro de saúde como o principal recurso existente na comunidade.

Neste contexto as principais limitações identificadas foram: os recursos humanos insuficientes e a necessidade de uma formação equitativa dos profissionais (alguns justificam este acontecimento, com a recente criação da consulta de diabetes pediátrica).

Contudo é importante referir que apesar das dificuldades sentidas na gestão da informação e na articulação, os profissionais demonstraram um crescente envolvimento, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados e uma melhor articulação.

Neste mesmo contexto, pode-se não atingir o êxito desejado e recomendado pelo Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes na medida em que as instituições só poderão ter êxito se forem desenvolvidas numa sólida infra-estrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar (Candeias *et al.* 2008).

No que refere à eficácia da articulação dos recursos no tratamento da criança com diabetes, cerca de metade dos profissionais entrevistados caracterizam-na como boa ou como eficaz, contudo existe quem a caracterize como menos eficaz, no que remonta à monitorização da criança a nível de saúde infantil, na sensibilização das famílias e na articulação com o centro de saúde.

Relativamente às limitações da rede no tratamento, a disponibilidade dos profissionais é identificada como a maior limitação, respectivamente ao horário de funcionamento da consulta de diabetes pediátrica, à disponibilidade horária dos profissionais para articularem com as várias especialidades e fazerem os ensinamentos adequados e eficazes.

Contudo para que exista uma partilha nas diferentes áreas, torna-se necessário definir com clareza a informação que deverá ser documentada e partilhada.

A deficiente articulação/circulação de informação não permite uma resposta adequada às necessidades, ou seja, uma monitorização eficaz e eficiente da criança com diabetes.

A melhoria contínua da qualidade implica um sistema organizado com base numa metodologia de resolução de problemas concretos dos recursos intervenientes

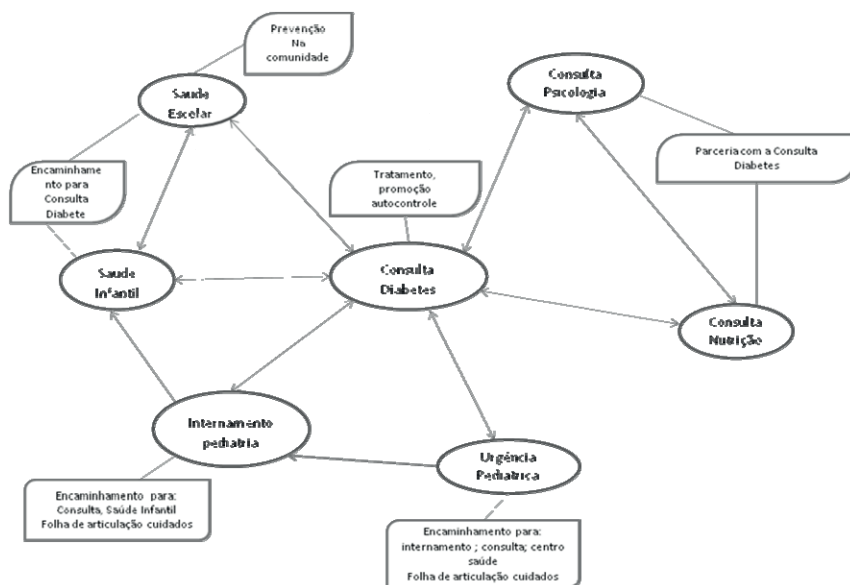
nesta rede de apoio, com o intuito do desenvolvimento e implementação de um plano de intervenção nesta área.

A continuidade dos cuidados exige uma resposta atempada, o que não se observou no presente estudo, situação que não permite garantir a eficácia do atendimento e prestação de cuidados e uma melhoria contínua dos cuidados prestados na rede social estudada.

Para a obtenção deste objectivo a consulta de diabetes pediátrica assume um papel fulcral na medida em que estabelece laços fortes com todos os intervenientes o que pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, intervenção emocional, confiança e reciprocidade.

De acordo com o princípio da centralidade a consulta da diabetes pediátrica assume-se como actor central, com uma posição de decisão na rede contudo apresenta-se como um actor com baixo nível de intermediação, ou seja não consegue exercer a sua influência através das alianças com outros actores. No presente estudo também foi notório a existência de elos que estabelecem uma relação mais íntima, denominados por cliques, tendo sido identificados quatro cliques, em que a consulta da diabetes pediátrica encontra-se presente nos quatro, revelando assim a sua importância maior nesta rede.

Esquema 1 – Rede formal de tratamento da criança com diabetes



Fonte: autores.

de um circuito para o tratamento e monitorização da criança com diabetes. Na verdade, o objectivo da existência de um circuito de cuidados visa uma maior articulação e eficiência dos cuidados prestados. No entanto para definir, compreender e quantificar a qualidade dos cuidados é fundamental avaliar os procedimentos em saúde.

8. Recomendações

Neste *item* será apresentado um plano de intervenção referente às entidades contempladas no estudo tendo por base as não conformidades detectadas, de forma que possa ser transformado numa ferramenta útil de melhoria de qualidade da prestação de cuidados com utilização prática no combate ao défice existente nas relações estabelecidas entre os actores que compõem a rede formal no apoio à criança com diabetes tipo 1.

Foi idealizado um plano de intervenção que contempla as áreas de grande constrangimento nesta rede, nomeadamente ao nível das relações entre os vários actores que a compõem.

Todos os processos e procedimentos em saúde necessitam de uma avaliação para a manutenção da garantia da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados obtidos.

A avaliação de projectos/normas em saúde pode representar um sistema de vigilância e registo de implementação/acção de uma dada intervenção. Deve ser permanentemente efectuado para poder fornecer indicação e informação relativamente ao recurso em causa.

Sendo assim propõe-se como principais objectivos desta avaliação:

- Permitir a identificação de falhas existentes no documento.
- Determinar se a intervenção está a ser executada de acordo com o previsto.
- Proporcionar desenvolvimento das capacidades técnico/científicas do profissional de saúde.
- Permitir a detecção e minimização de factores de risco no procedimento.
- Determinar se a intervenção é eficaz.
- Melhorar a qualidade das intervenções (eficácia e eficiência). (Schiefer e Dobel, 2001).

Igualmente importante para a monitorização do plano e detecção das não conformidades e melhorias que permitam conduzir à evolução constante da qualidade em saúde, trazendo ganhos de extrema importância não só para as entidades como para os profissionais que vêem assim reconhecido o seu trabalho, são as auditorias de qualidade.

Este tipo de auditoria «reforça a determinação e a confiança na implementação do sistema de qualidade» (Paiva e Christo, 2002: 16). Esta monitorização tem dois objectivos principais, «a imediata sensibilização das pessoas para a leitura, interpretação e análise dos cuidados de tudo o que está descrito no documento do Sistema» (Paiva e Christo, 2002:3) e ainda «as várias oportunidades de simplificação dos conteúdos desses documentos, que surgem com a auditoria dos procedimentos» (Paiva e Christo, 2002:3).

Plano de Intervenção

Diagnóstico	
Lacunas na garantia da qualidade e na articulação da rede de tratamento à criança com diabetes	
Análise externa	
Oportunidades	Ameaças
Na Instituição hospitalar têm sido desenvolvidas algumas normas de actuação face à criança com diabetes.	As discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.
Análise interna	
Pontos fortes	Pontos fracos
Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes;	Fluxos de informação/cooperação dos profissionais.

Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
• Elaborar e divulgar circuito da criança/adolescente com diabetes. • Melhorar a articulação dos actores • Promover a articulação dos cuidados e avaliação da qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente com diabetes. • Promover, junto das instituições competentes, a realização aleatória de auditorias à qualidade organizacional da prestação de cuidados à criança/adolescente com diabetes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares.	Período 2009-2010	realização e validação do circuito.	Hospital; Centro Saúde e Escolas

Estratégias
• criação do grupo de trabalho para garantia da qualidade; • seleccionar os profissionais responsáveis pela elaboração do circuito e auditoria à qualidade organizacional em termos articulação.

Plano de acção	
criação do grupo de trabalho	
Fases de acção	Prazos
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração

Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar.

Indicadores de desempenho
• Elaboração de Circuito • Elaboração de <i>Check List</i> de auditoria • Número e Resultados das auditorias

Data de preenchimento:

Responsável pelo preenchimento:

GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

CrITÉRIOS de avaliação do plano de intervenção	Não aplicável	Inferior ao previsto	Igual ao previsto	Superior ao previsto	Observações
Aceitação (face ao plano)					
Coerência (aplicabilidade e execução do plano)					
Conformidade (os critérios, em que medida se respeita o plano)					
Eficácia (execução respeitando os princípios estabelecidos pelo plano)					
Eficiência (adequa os critérios estabelecidos com os recursos existentes)					
Pertinência(Objectivos da intervenção são pertinentes)					
Sistema de gestão (Utilização adequada dos recursos)					
Sustentabilidade (Identificação de situações passíveis de mudança)					
Utilidade (Respeito pelos critérios e normalização dos procedimentos)					

**Auditoria de Procedimento/Intervenção na Rede Formal
do tratamento da criança com Diabetes**

Procedimento a auditar	Pano de intervenção
Departamentos implicados	Centro de saúde Barreiro – Consulta de saúde infantil, Hospital (urgência Pediátrica, internamento, consulta externa, psicologia)
Data	A agendar
Auditor	Externo
Causas da auditoria	Implementação de um novo plano de intervenção no tratamento criança com diabetes.
Objectivo da auditoria	Verificação de conformidade do procedimento, adesão dos profissionais do serviço e adequação de novas estratégias a implementar
Documentos a utilizar	Referencial normativo adoptado
Lista de verificação:	• Verificar clareza do objectivo • Verificar se estão definidas as responsabilidades e deveres das pessoas ou grupos que implementam o plano • Verificar se é realista e adequado à problemática • Verificar a lista de registos de tarefas efectuadas • Verificar se foi feita a distribuição a todos os implicados na implementação do plano • Verificar se as entidades têm presente o plano de intervenção. • Verificar se estão a implementá-lo • Verificar se as actividades descritas são as que estão a ser elaboradas • Verificar o tratamento e seguimento dos indicadores referidos.
Elaboração e Divulgação de relatório final de auditoria:	Folha de síntese; Lista de verificação devidamente preenchida; Resultados da auditoria; Recomendações e propostas.

Referências

- ALEJANDRO, V.A. e NORMAN, A.G. (2006). *Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais*. <http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20%5BTrad%5D.pdf>. [Online] 2006.
- APDP. (2009). «Diabetes». <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>. Associação Protectora Diabeticos de Portugal. [Online] Julho de 2009.
- CANDEIAS, A. et al. (2008). *Programa Nacional Prevenção e controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção Geral Saúde.
- DONABEDIAN, A. (1978). «The Quality of Medical Care». *Science* 200
- FIALHO, J. (2007). *Redes de cooperação interorganizacional. A dinâmica das entidades formadoras do Alentejo*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Évora.
- HANA, R. (2007). *Diabetes Tipo I, em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa – Porto: LIDEL.
- HANNEMAN, R.A. (2000). «Introducción a los métodos de análisis de redes sociales». [Online] 2000. <http://revista-redes.rediris.es/webredes>.
- HESBEEN, W. (1997). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HONORÉ, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusodidacta.
- KEMP, N. e RICHARDSON, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- LEMIEUX, V. e OUMET, M. (2008). *Análise estrutural das redes sociais*. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.
- MADEIRA, M. (1995). *Gestão da Qualidade: Qualidade em Serviços Públicos*. Secretariado para a Modernização Administrativa: Lisboa.
- MARTELETO, R. (2001). Análises de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência informação*. Jan./Abr. de 2001.
- NÓBREGA, S.D., VARANDA, J. e SILVIA, A. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. s.l.: Principia,.
- ORDEN DO ENFERMEIROS. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; emgradramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem do Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. 2001. pp. 1-15.
- PAIVA, C. e CHRISTO, F.H. (2002). «Auditar procedimentos». *Revista qualidade em saúde – Separata Técnica*.
- PINA, R. e FADISTA, S. (2007). «A Criança com Diabetes na Escola». *Diabetes viver em equilíbrio*. Julho/Agosto/Setembro de 2007.
- RIBEIRO, R.L.R. e ROCHA, S.M.M. (2007). «Enfermagem e famílias de crianças com Síndrome Nefrótico: novos elementos e horizontes para o cuidado», *Texto & Contexto de Enfermagem*. 2007, pp. 112-119.
- SALE, D. (1998). *Garantia da qualidade dos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia8.
- SAMPIERI, R.H., COLLADO, C.F. e LUCIO, P.B. (2007). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill, 2007.

- SCHIEFER, U. e DOBEL, R. (2001). • *MAPA – PROJECT: a practical guide to integrated Project planning and evaluation*. Open Society Institute. 2001.
- SERRANO, A.M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto editora, 2007.
- SILVA, C.A. e FIALHO, J. (2006). Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 11.
- SOUTO, S.P.A. (2008). «Educação Terapêutica em Diabetologia Pediátrica. Um conceito de reflexão». *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2008, pp. 72-73.

