

APLICABILIDADE DOS SISTEMAS DE QUALIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR

Leonor Gonzalez Menorca Universidade de la Rioja
Maria do Rosário L. T. de Oliveira Salavessa, ISLA

RESUMO

Neste artigo discute-se a gestão da qualidade total e sua aplicabilidade na administração hospitalar, abordando o movimento da qualidade no contexto histórico e as consequências da implementação destes programas para as organizações.

Identificam-se, com base nas características histórico e estruturais das organizações hospitalares e dos conceitos e técnicas dos programas de qualidade total, elementos que podem contribuir para seu sucesso ou fracasso, como forma de desenvolver uma visão crítica e delimitar melhor o alcance dos programas no incremento gestão destas organizações.

PALAVRAS CHAVE: Gestão Participativa, Melhoria contínua da Qualidade, Qualidade Total, Sistemas de Qualidade.

ABSTRACT

In this paper we discuss total quality management and this applicability to hospital administration.

We approach the subject by this historical context pointing out the consequences of quality systems, and their implementation in organizations.

A number of factors involving in this implementation's process are discussed for their potential to lead organizations to success or failure.

Such a discussion allows the development of a critical point of view on the subject aiming at enhancing managerial aspects of hospital administration.

1. QUALIDADE NA SAÚDE

A Função Qualidade já foi abordada sob diversos prismas pelas empresas. Esta Função foi sendo considerada em um contexto mais abrangente, adquirindo visão sistêmica, ao que se chama de Controle Total da Qualidade (TQC-Total Quality Control).

Nas sociedades modernas e evoluídas os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades. A implementação regular e sistemática de inquéritos de satisfação aos doentes internados e das urgências dos hospitais em fase de acreditação pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e pelo King's Fund Health Quality Service (KFHQS). Durante os últimos anos a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou grande importância como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos, de tal forma que durante as últimas décadas e de uma forma gradual,

as actividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos.

A população, em geral, em consequência das novas tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida impostos pelos valores dominantes, tornou-se também mais exigente quanto ao acesso e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados.

EFQM é uma criação de prestigiada European Quality Award ,que reconhece várias empresas todos os anos. EFQM é também o guardião do modelo de excelência que fornece organizações orientadoras para realizar e medir os seus sucessos. O modelo da (EFQM) é um instrumento produzido por European Foundation for Quality Management.

Esta ferramenta evidencia um conjunto de conceitos essenciais de excelência: Orientação para os resultados; enfoque no cliente; liderança e constância de propósitos; gestão por processos e por factos; desenvolvimento e envolvimento das pessoas; aprendizagem contínua e melhoria; desenvolvimento de parcerias; responsabilidade pública.

O modelo da CAF (Common Assessment Framework) parece-nos ser o mais adequado à avaliação da qualidade dos serviços públicos. Várias organizações têm implementado e gerido a qualidade tendo como referência instrumentos e modelos reconhecidos internacionalmente, que se podem aplicar a todos os sectores de actividade, sendo que o último objectivo de todos eles é o de proporcionar a melhoria do desempenho das organizações – a melhoria da qualidade. Estes modelos e instrumentos têm sido fundamentais nos processos de mudança das organizações e ajudam a sistematizar as actividades e acções de melhoria da qualidade. O modelo é constituído por 9 critérios e 32 sub-critérios que identificam todos os aspectos da Gestão pela Qualidade Total, sendo que 5 reportam-se ao que a organização faz, os meios são: os critérios de liderança, política e estratégia, pessoas, parcerias e recursos, e processos; e os restantes 4 critérios cobrem o que a organização alcança, os resultados: incluem os critérios resultados-clientes, resultados-pessoas, resultados-sociedade, e resultados-chave da organização.

Assim, o modelo baseia-se na seguinte premissa: Resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na condução da Política e Estratégia, das Pessoas, das Parcerias e Recursos, e dos Processos.

Este modelo é um instrumento que permite às organizações que o aplicam uma panorâmica detalhada sobre o nível de desenvolvimento dos diferentes aspectos relacionados com a qualidade, tendo como referência os critérios do modelo. A aplicação do modelo em si, não proporciona a melhoria da qualidade na organização. No entanto, permite identificar as áreas mais desenvolvidas e aquelas onde uma maior atenção tem que ser dada, identificando oportunidades de melhoria por critério ou sub-critério, através do exercício de auto-avaliação (análise abrangente e sistemática das actividades e dos resultados da organização, tendo como referência os critérios e sub-critérios do modelo). Os resultados da aplicação do modelo proporcionam às organizações que o aplicam um referencial de evolução de melhoria da qualidade nos diferentes momentos de avaliação. Salienta-se ainda que o modelo possui uma grelha de pontuação por sub-critério permitindo no final do exercício de auto-avaliação uma pontuação global que se situa numa escala de 0 a 1000, sendo o resultado de uma ponderação, uma vez que a pontuação dos critérios não é toda igual.

Em Portugal, a gestão do reconhecimento por níveis cabe à Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) como representante nacional da EFQM.

É importante ainda salientar que este modelo serviu de base ao desenvolvimento do modelo CAF – Estrutura Comum de Avaliação.

Este trabalho destina-se preferencialmente a aplicações de CAF elaboradas em parceria com o cliente; mais restritamente, a projectos em que o cliente faz parte do time desse projecto, como é o caso dos utentes de um hospital.

Este trabalho está estruturado em capítulos divididos em duas partes: a primeira, relativa à fundamentação teórica; e a segunda, ao desenvolvimento do projecto de tese de doutoramento.

A institucionalização de um sistema de qualidade de saúde, compreendendo um conjunto de estratégias centradas na exigência, formação, trabalho, no desenvolvimento emocional conduz à elaboração dos critérios de qualidade.

O IQS deve garantir a transparência e rigor na adopção de novos sistemas de certificação e de acreditação da Qualidade na Saúde, sejam pela King's Fund Health ou pelo modelo de Joint Commission..., desde que os mesmos estejam de acordo com os princípios gerais e nacionais do sistema de qualificação hospitalar. Ambos colocam o enfoque nos resultados, ou seja, no output hospitalar, como a competitividade, meritocracia, produtividade, satisfação de utentes e profissionais, e qualidade.

Assim, a qualidade na gestão da saúde consiste em:

- satisfazer e diminuir as necessidades e não, responder à procura, oferecendo mais;
- ser pró activo para prevenir e dar resposta e não, para a procura de novas oportunidades de mercado;
- reunir integralmente como atributos a efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade, e não, a exigência única da acessibilidade. em que estamos piores e a exigir mais dos Serviços Públicos;
- Os cidadãos estão hoje com melhor formação e conhecimentos, pelo que são cada vez mais exigentes nas questões da Qualidade da Administração e à forma como é gasto o dinheiro e como são prestados os serviços;
- As limitações financeiras, principalmente numa altura em que as crises económicas mundiais tendem a repetir-se com ciclos mais curtos no tempo, exigem muita Qualidade e uma preocupação constante de “value for money”, com um rigor gestionário forte em que o cidadão não pode ser mais sacrificado. Este constrangimento, aliado ao envelhecimento da população, acarreta graves problemas orçamentais que podem pôr em perigo, o rejuvenescimento tão necessário da Administração Pública;
- Os Serviços Públicos só atingirão plenamente a sua missão, se tiverem uma preocupação por resultados, uma diferenciação pela positiva dos seus profissionais e se procederem a uma autoavaliação periódica com metodologias da qualidade total e a CAF é uma dessas metodologias, perfeitamente indicada para o estágio dos nossos Serviços Públicos.

Em suma, gerir bem com base nos princípios da Qualidade, criar condições para ter bons e qualificados profissionais, avaliar resultados e corrigir desvios, orientar a sua acção para os cidadãos e gerir por processos que eliminem gastos supérfluos, são os grandes desafios que se colocam à Administração Pública portuguesa, numa altura de crise económica mundial e onde nada será como dantes, em matéria de despesas estatal.

A modernização administrativa confunde-se hoje, com o conceito de Qualidade Total. Em ambas as realidades, o que se procura, é a Excelência da Gestão Pública, o desenvolvimento das pessoas, a definição de uma estratégia envolvente de todas as partes interessadas, a racionalização e simplificação de processos, a utilização das tecnologias em tudo o que traga valor acrescentado para os Serviços e clientes e a satisfação destes.

A gestão da saúde, e a hospitalar em particular, é uma das mais complexas. A existência de um maior numero de profissões e técnicas do que em qualquer outra actividade, a situação contextual faz com que o cliente dos serviços de saúde seja um cliente com um limiar de suporte e leitura interpretativa muito mais intolerante face à qualidade dos serviços que lhe estão a ser prestados, e o grau de complexidade dos serviços desenvolvidos situa-se para além do entendimento técnico-científico da generalidade dos clientes.

A organização de saúde pode ser considerado como um sistema aberto que recebe inputs do meio ao nível de competências dos seus recursos humanos, financeiros, tecnológicos e consumíveis. Uma apropriada utilização desses recursos, permite á organização devolver ao meio envolvente serviços de saúde tangibilizados no aumento da qualidade de vida dos cidadãos e no seu prolongamento de vida. Assim, temos inputs, processamento e outputs/outcomes. Podemos fragmentar cada uma das três fases nos seus processos e tarefas, e aplicar as metodologias da qualidade de especificidade sem a existência de um corpo teórico ou processual global.

A inexistência de um modelo global para a gestão da saúde com um mínimo de provas dadas, bem como a necessidade de contrabalanço com os restantes sectores de actividade económica de que a saúde tanto carece. Os gestores da saúde acreditaram que tudo na saúde é específico (até ao final dos anos 70). Há especificidade nos actos médicos e nas restantes profissões técnicas dedicadas à clínica. Só no final dos anos 60, nos EUA, se deram os primeiros passos sérios de benchmarking intersectorial, após se verificar a enorme quantidade de actos industriais contidos dentro do hospital: gestão de gases, lavandarias, restauração, manutenção de aparelhos e de edificios, logística de armazém, gestão e produção de energia... É certo que por serem desempenhados dentro de um hospital adquirem características especiais. Por ser um sector económico fechado ao exterior, tem-se negligenciado muito do desenvolvimento científico e tecnológico com uma super dimensão de recursos atribuídos e um sentimento de carência generalizada por parte dos profissionais, pacientes e respectivas famílias.

Sabemos como a aplicação de políticas da qualidade podem contribuir para o aumento da eficiência da gestão dos recursos.

A OMS Europa, previa "... no ano 2000, todos os estados membros devem ter criado e desenvolvido sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e de desenvolvimento e adequado uso das tecnologias da saúde.¹

A OMS identifica como componentes dos cuidados de saúde de qualidade: elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e obtenção de resultados de saúde.

Todos os actores envolvidos na prestação de cuidados devem participar na criação e aperfeiçoamento dos sistemas de melhoria contínua de qualidade. Estes sistemas necessitam de mecanismos e estratégias efectivas para:

- obter as mudanças que se pretende através da gestão e planeamento;

¹ Saúde para todos no ano 2000, meta 31, in "Sistema Português da Qualidade na Saúde", SNS 21, edição do autor, Lisboa, Dezembro 1998.

- envolver os diversos actores na tomada de decisão.

Os líderes mais centrados nos funcionários e que praticavam uma supervisão mais geral alcançavam maior produtividade na empresa do que os que se centravam nas tarefas, praticando supervisão cerrada. Estudando as mudanças ambientais e a necessidade que geram da criação de um modelo organizacional mais produtivo, Likert propôs o que denominou de Sistema 4. Modelo composto de 4 alternativas de sistemas administrativos avaliados em função de inúmeras variáveis comparativas. Os sistemas podem classificar-se em:

- Autoritário Coercivo: processo decisional totalmente centralizado na cúpula da organização que monopoliza as decisões.
- Autoritário Benevolente: centralização na cúpula, permitindo pequena delegação de decisões simples e rotineiras.
- Consultivo: consulta aos níveis inferiores permitindo delegação participação das pessoas.
- Participativo: totalmente delegado e descentralizado.

2. MODELO DE INVESTIGAÇÃO

Define-se agora, um modelo de investigação global a partir do qual se deriva um modelo de investigação específico. Este modelo de investigação específico será objecto de aplicação.

MEIOS	RESULTADOS
Gestão das pessoas	Resultados relativamente às pessoas
Liderança, Planeamento e Estratégia	Resultados dirigidos aos utentes/famílias
Gestão de processos e de mudança	Resultados do desempenho chave

APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO
LIDERANÇA ---- RESULTADOS RELATIVOS ÀS PESSOAS ---- QUALIDADE

Figura 4.1: MODELO DE INVESTIGAÇÃO GERAL

Fonte: Adaptado do modelo CAF – elaboração própria

Tipos de Liderança	Gestão de pessoas	Resultados relativos às pessoas	Qualidade
H1		H1a	
Autocrático	Conflito/Stress	resultados negativos para as pessoas	Baixa qualidade
Participativo	Empowerment	H2a	
H2			
	Motivação	resultados positivos para as pessoas	Elevada qualidade
	Satisfação		

Autocrático	Participativo
Baixa qualidade aprendizagem/ inovação	Elevada qualidade

Figura 4.2: MODELO DE INVESTIGAÇÃO ESPECÍFICO

Fonte: Elaborado pela própria

Tendo-se como base o desenvolvimento da Common Assessment Framework, tentar-se-á analisar a influência que a liderança (sendo MEIO do referido modelo) terá no impacto da qualidade dos serviços públicos hospitalares com incidência dos resultados relativos às pessoas (sendo RESULTADO do citado modelo).

2.1. Hipóteses de Investigação e Fundamentação

Após a fundamentação teórica acerca dos sistemas de qualidade na saúde, da gestão hospitalar, identificaram-se as variáveis. Podemos, assim, passar à formulação das hipóteses do nosso estudo, que permitirão o tratamento e interpretação dos resultados.

Consideremos o sistema de liderança de Likert, e deste a liderança autocrática e, a sua oposta, a liderança participativa.

H1: A liderança autocrática atribui uma reduzida importância à qualidade do serviço.

H1a: A liderança autocrática origina conflitos e stress nos recursos humanos superiores à liderança participativa.

H2: A liderança participativa atribui uma elevada importância à qualidade do serviço.

H2a: A liderança participativa origina empowerment, motivação e satisfação nos recursos humanos superiores à liderança autocrática.

Este trabalho de investigação resulta de um estudo empírico de um estudo de caso exploratório, descritivo e transversal e dos seus resultados.

Propõe-se explicar a importância da gestão hospitalar na qualidade dos serviços, de acordo com o desenvolvimento do Modelo da Estrutura Comum de Avaliação – CAF.

Assim definiu-se como objectivos específicos deste trabalho de investigação:

- Os resultados da liderança no envolvimento dos recursos humanos da organização;
- O impacto dos resultados do serviço prestado na qualidade dos mesmos.

2.2. Metodologia

Ao utilizar o Modelo da estrutura Comum da Avaliação para estudar as implicações da gestão na qualidade dos serviços, a metodologia utilizada foi a análise documental e a estatística respectivamente relativamente aos dados recolhidos pelo questionário e da revisão literária.

O estudo foi efectuado no período de 14 de Maio a 17 de Junho de 2006, no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (Portugal). A população alvo de 100 indivíduos de ambos os sexos, entre funcionários, agentes e colaboradores da instituição.

Responderam ao questionário 78% da população.

O questionário foi a técnica de recolha de dados, de modo a podermos quantificar a informação. O mesmo foi baseado na documento “Estrutura Comum de Avaliação – CAF” e na pesquisa bibliográfica realizada sobre a

temática a estudar.

O CAF serve como um instrumento de avaliação da qualidade do serviço na administração pública Europeia, de identificação dos pontos positivos e negativos e das acções da organização para a sua melhoria.

2.2.1. Variáveis Independentes – Variável Sócio-Demográfica

Consideramos estas variáveis como lineares para a investigação em curso. Assim, podemos agrupá-las de acordo com os indicadores pretendidos:

- sexo (P1), idade (P2) e estado civil (P3) – variáveis sócio-demográficas;
- habilitações académicas (P4) – variáveis sócio-académicas;
- vínculo contratual (P5), tempo de serviço na função pública (P6), grupo profissional a que pertence (P7), modo como ingressou na sua actual carreira (P8), preparação profissional para o desempenho funcional (P9) – variáveis sócio-profissionais;
- departamento ou serviço a que pertence (P10) – variáveis sócio-organizacionais.

2.2.2. Variável Dependente de Qualidade

A importância da qualidade é avaliada numa escala de 1 a 5, respectivamente de “nada importante”, “pouco importante”, “suficiente importante”, “bastante importante” a “muito importante” (P11).

Avalia-se a importância que os funcionários do hospital atribuem à qualidade (P12), de acordo com a escala de 1 a 5 já mencionada.

2.2.3. Variável Dependente de Liderança

A escala utilizada para liderança de 1 a 5 “discordo plenamente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” a “concordo totalmente”.

Foram utilizados para os primeiros onze itens alguns dos indicadores partindo do critério 1 – liderança do modelo CAF (P13).

2.2.4. Variável Dependente Resultados Relativamente às Pessoas

A escala utilizada de 1 a 5 “nada importante”, “pouco importante”, “suficiente importante”, “bastante importante”, “muito importante”.

Baseamo-nos nalguns indicadores do critério 7 do modelo CAF - resultados relativos às pessoas – e adaptamos (P20).

2.2.5. Variável Dependente Recursos Humanos

- Os itens do empowerment podem ser avaliados na P17.
- Relativamente à motivação adaptou-se o questionário da Avaliação do Clima Social, de Moos (1986).

Dos 90 itens seleccionamos 17 (P15) e alteramos as hipóteses de resposta de 1 a 5, “totalmente desmotivado”, “algo desmotivado”, “nem motivado nem desmotivado”, “algo motivado” e “totalmente motivado”.

- A Escala de Satisfação Laboral em Contextos Organizacionais, de Peiró e Mélia (1989) com 23 itens (iniciou com 83 itens) seleccionamos 12 (P16) para avaliarmos o grau de satisfação dos funcionários. A escala de 1 a 5, de “totalmente insatisfeito”, “algo insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “algo satisfeito” e “totalmente satisfeito”.
- No respeitante ao stress voltamos a basear-nos em Mélia (1994), na Escala de Tensão no Trabalho com 15 itens. Com as hipóteses de resposta de 1 a 5 (P19), de “nada importante”, “pouco importante”, “suficiente importante”, “bastante importante” e “muito importante”.

2.2.6. Variável dependente dos resultados do desempenho-chave

Voltando a usar o modelo CAF, critério 9, adaptamos 8 dos seus itens (P21) mantendo a escala de 1 a 5 de “nada importante”, “pouco importante”, “suficiente importante”, “bastante importante” e “muito importante”.

2.3. Análise e Discussão dos Resultados

Procedeu-se à análise descritiva de todas as variáveis e as suas inter-relações. Foi necessário proceder-se, devido às muitas associações verificadas, à sua simplificação.

A técnica da Análise Factorial de Componentes Principais, permitiu o resumo de informação contida nas variáveis originais sem perda da informação recolhida.

Procedemos à Análise de Clusters para detectar grupos homogéneos nos dados devido a um procedimento multivariado.

Em seguida fizemos a análise de todas as correlações globais entre todas as variáveis. Foi-nos assim, possível avaliar as associações significativas entre as variáveis.

A contrastação empírica das hipóteses e sub-hipóteses foi o passo seguinte. Esta contrastação empírica foi efectuada com recurso ao teste t unilateral.

Para se tratar a informação recorreu-se às técnicas estatísticas já referidas, e ao software informático SPSS 13.0 para ambiente Windows.

Obtivemos, da síntese dos dados mais relevantes, os que traduzem a realidade dos sistemas de qualidade na gestão pública hospitalar, pela análise do caso do Centro Hospitalar do Oeste, em Caldas da Rainha (Portugal). O modelo desenvolvido foi o da Estrutura Comum de Avaliação.

A análise descritiva pretende, numa perspectiva uni e multivariável, apresentar e ordenar a informação recolhida sobre as variáveis propostas.

Os indicadores estatísticos (frequência e percentagem válida) foram agrupados por grupos homogéneos, de modo a descrever individualmente as variáveis. Essa descrição foi sintetizada em quadros.

Da população escolhida para este estudo - 100 questionários entregues, obtivemos a resposta de 89 pessoas. A incidência das respostas é:

- do sexo feminino – 61,18 %;
- com a idade compreendida entre os 45 e 54 anos - 40,45 %;
- com o estado civil de casados – 74,15 %;
- com o 12º ano de escolaridade – 35,95 %;
- com o vínculo contratual de efectivo - 80,89%;
- a executar trabalho na função pública entre 16 e 25 anos – 46,16 %;
- o concurso externo foi o principal meio de ingresso na carreira – 31,47%;

De seguida, procederemos à análise dos indicadores e à sua exemplificação em quadros.

Quadro 2.1: SEXO

	Frequência	Percentagem válida
1- Feminino	58	65,18
2- Masculino	31	34,82
Total	89	100,00

A análise por sexo dos profissionais permite-nos verificar a predominância do sexo feminino (65,18%) e o sexo masculino (34,82%).

Quadro 2.2: IDADE

	Frequência	Percentagem Válida
<25 anos	2	2.24
25 – 34 anos	9	10.11
35 – 44 anos	29	32.59
45 – 54 anos	36	40.45
55 – 64 anos	12	13.49
> 64 anos	1	1.12
Total	89	100,00

A categoria dos 45 – 54 anos é a que apresenta maior valor relativo – 40,45 %, seguida do intervalo 35 – 44 anos - 32,59 %, e dos 55 – 64 anos – 13,49 %.

A estrutura etária da organização, perante a amostra, permite concluir tratar-se de uma população envelhecida.

Quadro 2.3: ESTADO CIVIL

	Frequência	Percentagem Válida
1- Solteiro(a)	8	8,99
2- Casado (a)	66	74,15
3- Divorciado (a)	7	7,87
4- Separado (a)	6	6,74
5- Viúvo (a)	2	2,25
Total	89	100,00

A esmagadora maioria dos funcionários é casada – 74,15%. Solteiro, divorciado e separado mantém valores relativos próximos. Contudo o somatório de funcionários separados e divorciados é elevado – 14,61%. Será que esse valor é reflexo de algum stress profissional?!

Quadro 2.4: HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

	Frequência	Percentagem Válida
1- < 9º ano	6	6,75
2- 9º ano	17	19,10
3- 12º ano	32	35,95
4- Bacharelato	6	6,74
5- Licenciatura	26	29,21
6- Mestrado	2	2,25
7- Doutoramento	0	0
Total	89	100,00

A maior parte dos funcionários possui o 12º ano ou o antigo 7º ano – 35,95%. Segue-se a licenciatura. Mesmo numa instituição pública ainda há 6,75% sem a escolaridade obrigatória.

Quadro 2.5: VÌNCULO CONTRATUAL

	Frequência	Percentagem Válida
1- Efectivo	72	80,89
2- Contratado	17	19,11
3- Estagiário	0	0,00
4- Outro	0	0,00
Total	89	100,00

A efectividade prevalece com 80,89% contra 19,11% dos funcionários contratados.

Quadro 2.6: TEMPO DE SERVIÇO NA FUNÇÃO PÚBLICA

	Frequência	Percentagem Válida
1- < 1 ano	0	0,00
2- 1 a 5 anos	8	8,90
3- 6 a 15 anos	28	31,46
4- 16 a 25 anos	41	46,16
5- > 25 anos	12	13,48
Total	89	100,00

Ao analisarmos este quadro o tempo na função pública entre os 16-25 anos de serviço é de 46,16%, imediatamente seguido de 31,46% entre os 6-15anos de serviço. Com mais de 25 anos de serviço 13,48%.

Quadro 2.7: GRUPO DE PESSOAL A QUE PERTENCE

	Frequência	Percentagem Válida
1- Administrador	1	1,12
2- Chefia	12	13,49
3- Técnico superior	28	31,47
4- Técnico	8	8,99
5- Técnico-profissional	9	10,11
6- Administrativo	11	12,36
7- Auxiliar	18	20,22
8- Outro	2	2,24
Total	89	100,00

Este quadro revela-nos que 31,47% da amostra são técnicos superiores. O pessoal auxiliar representa 20,22%.

Quadro 2.8: FORMA COMO INGRESSOU NA SUA ACTUAL CARREIRA

	Frequência	Percentagem Válida
1- Concurso interno de ingresso	34	38,16
2- Concurso externo de ingresso	53	59,60
3- Reclassificação profissional	2	2,24
4- Oferta de emprego	0	0,00
Total	89	100,00

O concurso externo de ingresso com 59,60% foi a maioria forma de ingresso na carreira.

A análise factorial dos componentes principais consiste no método descritivo de interdependência em que são reduzidos os números das variáveis contempladas não diminuindo significativamente o nível de significância. Assim, permite-nos resumir a informação num conjunto de variáveis agrupadas em factores.

Considera-se o tamanho mínimo da amostra (N) igual ou superior a 50.

Na análise factorial o tamanho mínimo da amostra deve ser $N=5K$ (O K é o número de variáveis), se $K > 15$. Mas se $K < 15$, o $N=10K$. Isto é quanto maior o tamanho da amostra mais provável os resultados da análise possam ser generalizados.

A eliminação dos itens e a extracção de factores, segundo Hail et al (1998), obedeceu aos critérios seguintes:

1. Eliminação dos itens: comunalidades $< 0,50$, saturação $< 0,30$ num factor, correlação simultânea em dois factores com saturações $> 0,30$ em mais do que um factor, e ausência da contribuição do item para o aumento da consistência interna dos factores efectuada pela análise do Alpha de Cronbach.
2. Extracção dos factores: teste de Barlett esfericidade para ver se a correlação entre as variáveis é significativamente diferente de zero, avaliação do teste scree plot de Cattell,

Critério de Kaiser (valores próprios > 1), método de extracção (ACP – componentes principais), rotação varimax, e Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que varia entre 0 e 1.

A mediana global de cada variável substitui os valores omissos (NS/NR).

De seguida far-se-á a análise das variáveis em componentes principais com rotação varimax

Através da análise de clusters (K-Means e Simple Euclidian Distance) temos o objectivo de verificar em que medida os padrões de resultados que definem os diferentes clusters dos indivíduos são consistentes.

Os sujeitos foram distribuídos por dois clusters, correspondendo ao tipo de liderança autocrática e à liderança participativa. Pretende-se que os valores das diversas dimensões avaliadas evidenciem estes dois tipos de liderança.

Quadro 2.9: CLUSTERS E RESULTADOS DA ANÁLISE MULTIVARIADA

Dimensão Cluster	Cluster 1 Liderança Autocrática n=42	Cluster 2 Liderança Participativa n=47	Teste t
1. Lidera pelo exemplo	2,98	4,39	-8,126
2. Demonstra empenho no processo de mudança	3,51	4,61	-6,913

3. Aceita críticas construtivas	3,63	4,54	-5,354
4. Aceita sugestões de melhoria	3,71	4,65	-6,947
5. Delega competências e responsabilidades	3,49	4,52	-6,224
6. Estimula a iniciativa das pessoas	3,27	4,61	-8,770
7. Encoraja a confiança mútua e o respeito	3,17	4,74	-11,085
8. Assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança	3,37	4,48	-7,330
9. Promove acções de formação	3,17	4,09	-4,589
10. Reconhece e premeia os esforços individuais e equipas	2,88	4,37	-9,152
11. Adequa o tratamento às pessoas, necessidades, situações	3,29	4,43	-7,862
12. A excelência na prestação do serviço é uma das suas preocupações	3,49	4,61	-7,096
13. Toma decisões de forma participativa, escutando todos os que possam ser afectados ou possam contribuir para a tomada de decisão	3,20	4,39	-6,859
14. Está próximo e acessível em qualquer momento para ajudar, orientar ou escutar, mostrando confiança	3,39	4,57	-6,968
15. Dirige-se ao pessoal de modo autoritário	2,07	1,43	3,583
16. Tem sempre razão	2,17	2,61	-2,208

Nota: $P < 0,01$ O quadro 2.9 mostra resultados indicativos que os clusters diferem significativamente para todas as variáveis analisadas. O teste utilizado é o teste t que compara as médias das referidas variáveis.

2.4. Análise das hipóteses de investigação

H1: A liderança autocrática atribui uma reduzida importância à qualidade do serviço.

Em relação a esta hipótese, os resultados relativos à qualidade do serviço, eficiência e relação custo e inovação, a média da liderança participativa -0,174 e da liderança autocrática 0,153. O desvio padrão da liderança participativa é maior do desvio padrão da liderança autocrática em 0,063. Com $p=0,106$, e um teste $t(89) = -159$, pode aceitar-se a hipótese nula (as médias referidas não diferem significativamente provindo de populações com médias semelhantes).

H2: A liderança participativa atribui uma elevada importância à qualidade do serviço.

Os resultados relacionados com a eficiência e inovação a média da liderança participativa 0,167, e da liderança autocrática -0,191, com desvio padrão desta liderança maior do que a liderança participativa. Teste $t(89) = 1,691$ e $p=0,089$, permite a aceitação da hipótese nula pelo que as médias referidas não diferem significativamente provindo de populações com médias semelhantes.

H1a: A liderança autocrática origina stress nos recursos humanos superiores à liderança participativa.

Relativamente à tensão psicossociológica a média da liderança participativa 0,048, e liderança autocrática -0,043. Liderança participativa é maior do desvio padrão da liderança autocrática em 0,412. O teste $t(89) = -0,412$ ($p=0,678$), leva a aceitação da hipótese nula pelo que as médias referidas não diferem significativamente provindo de populações com médias semelhantes.

H2a: A liderança participativa origina satisfação nos recursos humanos superiores à liderança autocrática.

A média da liderança participativa 0,502, e liderança autocrática -0,561. O desvio padrão da liderança participativa é menor do que o da liderança autocrática em 1,01. O valor do teste $t(89) = -5,920$ ($p=0,00$), conduz à rejeição da hipótese nula, pelo que as médias referidas diferem significativamente não provindo de populações

com médias diferentes.

A liderança participativa é importante para os níveis de satisfação dos recursos humanos, aumentando-o.

A qualidade é vista, por esta instituição, como:

- P11 destaca-se “melhorar a qualidade do serviço, facilitando e melhorando a vida do cidadão” $X=3,03$; e “melhorar a a satisfação do pessoal da organização onde trabalha” $X=3,28$.
- Relativamente às características para um serviço de qualidade destaca-se “eficácia e eficiência do serviço com $X=4,07$.
- Quanto ao superior hierárquico, “toma decisões de forma participativa, escutando todos aqueles que possam ser afectados ou possam contribuir para a tomada de decisão” com $X=3,41$, e “estimula a iniciativa das pessoas” $X=3,51$.
- As fontes geradoras de motivação P13, destaca-se “as possibilidades de promoção profissional” $X= 4,49$ e “melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos” $X=4,87$.
- Quanto ao nível de satisfação a “igualdade de tratamento e sentido de justiça” e “apoio recebido pelo director/chefe” ambos com $X=4,76$.
- Relativamente ao empowerment a “melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos” com $X= 4,87$.
- Os factores geradores de maior conflito, na opinião dos recursos humanos inquiridos são os que “contribui para a degradação da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos” $X= 4,37$ e “condiciona o desempenho pessoal de tal forma que tem reflexos negativos no desempenho do serviço” $X=4,19$
- Os factores que provocam maior stresse são “fica agitado quando não consegue terminar o seu trabalho” com $X= 4,28$, e “as relações familiares são afectadas pelo trabalho” $X=4,23$.
- Quanto aos indicadores relativos às pessoas P18, a evidência “participação em sistemas de melhoria contínua, com $X=4,94$.
- Os indicadores de desempenho-chave mais importantes “grau de cumprimento dos objectivos em termos de resultados e do respectivo impacto na sociedade” $X=4,71$ e “eficiência na prestação de serviços” com $X= 4,24$.

Assim, confirma-se a contrastação das hipóteses e sub hipóteses, da importância da liderança participativa na qualidade do serviço prestado através dos resultados relativos às pessoas (modelo CAF).

Consideramos o modelo CAF apresentado um instrumento adequado à análise da problemática deste trabalho.

2.5. Limitações do estudo e sugestões de futuros trabalhos

Tratando-se de um trabalho sobre sistemas de qualidade na gestão hospitalar, de acordo com o modelo da estrutura comum de avaliação (CAF) baseado no European Foundation Quality Management. Contudo, não é muito explorado em Portugal, embora seja o indicado para a avaliação da administração pública a todos os níveis

incluindo saúde. A impossibilidade de alargar este trabalho ao resultado do cidadão foi outra limitação do nosso estudo.

Sugere-se a realização de um estudo longitudinal no que concerne a outros hospitais e centros de saúde públicos, de modo a realçar a importância da liderança participativa na qualidade dos serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários, e da sua permanente interligação. Será de extrema importância um estudo sob a perspectiva do cidadão como utente destes serviços.

Também se poderá alargar um estudo aos outros tipos de liderança.

Contudo, acreditamos na aplicabilidade deste trabalho como modelo de gestão para os hospitais públicos Portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assenjo, M. A.; Bohigas, L. I. (1987). La gestión hospitalaria. Eurosystem, Barcelona.
2. Cuesta, M. A.; Moreno, J. A. e Gutiérrez- Marti, (1986). La calidad de la asistencia hospitalaria. Doyma Ediciones, Barcelona.
3. EFQM (2002). O Modelo de Excelência da EFQM - Versão Sectores Público Qualidade.
4. Marques, J. M. Batista (1997). Avaliação da Satisfação de Utentes e Profissionais num
5. contexto de Mudança Organizacional. O Projecto Alfa. Lisboa.
6. Ministério da Saúde (2001). Sub-Região de Saúde de Santarém. Centros de Saúde de 3ª Geração (documento de trabalho).
7. Pires, A. Ramos. (2000). Sistemas de Gestão da Qualidade. Sílabo Gestão, 2000.
8. Rocha, J.A. Oliveira (2000). Gestão Pública e Modernização Administrativa. Universidade do Minho, Braga, pag.25
9. Saúde para todos no ano 2000 (1998), meta 31, in Sistema Português da Qualidade na Saúde, SNS 21, edição do autor, Lisboa.
10. Temes, J. L. Diaz, J. L. e Parra, B (1994). El coste por proceso hospitalario. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.