



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**  
Dissertação

**Avaliação da Qualidade Organizacional de um Serviço de  
Saúde Ocupacional**

**Maria do Rosário Mira Matos**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Gestão em Enfermagem  
Dissertação**

**Avaliação da Qualidade Organizacional de um Serviço de  
Saúde Ocupacional**

**Maria do Rosário Mira Matos**



Orientador: Professora Doutora Teresa Santos Potra



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“No período em que vivemos, de mudanças estruturais rápidas e contínuas, os únicos líderes que sobrevivem são os líderes da mudança.”

(Drucker, 2000, citado por Carapeto &Fonseca, 2006, p.348)



## AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o importante contributo, apoio e incentivo de todas as pessoas que, ao longo da minha vida e do meu percurso académico e profissional, se cruzaram comigo e me motivaram.

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Santos Potra, pelo acompanhamento, orientações e apoio facultado, que tanto contribuíram para a minha aprendizagem e motivação em todas as fases deste percurso.

Ao Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas pelos contributos fundamentais e espírito crítico que tanto me ajudaram.

Ao Doutor Malta Barbosa pela disponibilidade, pelo constante estímulo, pela partilha de saberes e pela pertinência das suas críticas e sugestões, que constituíram uma excelente aprendizagem e tanto me ajudaram.

Aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo e a todos os profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional pelos seus contributos e espírito crítico, só assim foi possível que este estudo se tornasse uma realidade.

À Célia Cuco, Susana Graúdo, Catarina Martins e Raquel Dias, parceiras de mestrado, pela partilha de experiências e vivências, pelo companheirismo e incentivo ao longo deste percurso.

À Mafalda Cardoso pelo entusiasmo e apoio incondicional, e por acreditar sempre em mim.

À minha família, e sobretudo aos meus pais e ao meu filho, a quem agradeço o apoio incondicional, a motivação e a paciência demonstrada em todos os momentos.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

AAOHN – American Association of Occupational Health Nurses  
ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho  
AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho  
APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade  
ANET – Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho  
CAF – Common Assessment Framework  
CLBSP – Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção  
DGAEP – Direção Geral da Administração e Emprego Público  
DGS – Direção - Geral da Saúde  
EFQM - European Foundation for Quality Management  
EIPA – European Institute of Public Administration  
FOHNEU – Federation of Occupational Health Nurses within the European Union  
ICN – International Council of Nurses  
ILO – International Labour Office  
IPQ – Instituto Português da Qualidade  
LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho  
PDCA – Plan; Do; Check; Act  
PNSOC – Plano Nacional de Saúde Ocupacional  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OIT – Organização Internacional do Trabalho  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SSO – Serviço de Saúde Ocupacional  
TQM – Total Quality Management



## RESUMO

Nos últimos anos a qualidade tornou-se uma prioridade para as instituições de saúde. É através da implementação, monitorização e melhoria da qualidade que estas garantem a prestação de cuidados de saúde eficazes e, sobretudo eficientes, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos seus clientes.

Também nos Serviços de Saúde Ocupacional (SSO), a melhoria contínua da qualidade é um pilar crucial para a competitividade e inovação, pelo que é fundamental a utilização de estratégias e ferramentas apropriadas que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados por estes serviços.

Assim, utilizando uma dessas ferramentas, o modelo *Common Assessment Framework* (CAF), o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade organizacional de um SSO. Foi realizado um estudo de caso único exploratório e descritivo de abordagem mista e utilizadas estratégias múltiplas de pesquisa, nomeadamente, a aplicação de questionários a todos os profissionais do serviço, análise documental para preenchimento das grelhas de autoavaliação e a realização de entrevistas semi-estruturadas ao gestor intermédio e ao gestor de topo.

O estudo permitiu a autoavaliação da qualidade organizacional deste serviço de saúde, identificando-se os seus pontos fortes e fracos, e estabelecer estratégias de melhoria, entre as quais salientamos: (i) a revisão e divulgação da missão, visão e valores; (ii) o envolvimento de todos os profissionais nas áreas do planeamento e estratégia; (iii) a clarificação da estratégia através do trabalho em equipa e da implementação e melhoria efetiva dos canais de comunicação, como reuniões de serviço; (iv) a avaliação sistemática da satisfação dos profissionais e dos clientes; (v) a implementação de ferramentas de autoavaliação e formação dos profissionais.

**Palavras-Chave:** Gestão da Qualidade Total, Qualidade da Saúde, Avaliação da Qualidade, Common Assessment Framework, Saúde Ocupacional.



## ABSTRACT

Quality has become a priority in healthcare institutions over the past few years. Efficiency in the provision of healthcare is ensured by quality implementation, monitoring and improvement, while the needs and expectations of customers are effectively met.

Continuous quality improvement is a crucial pillar of competitiveness and innovation in Occupational Health services (OHS) and it is therefore the foundation for the use of appropriate strategies and tools contributing to the improvement of healthcare provided by these services.

This study aimed at analysing the organisational quality of an OHS by the use of the Common Assessment Framework (CAF) model. A single exploratory and descriptive case study was carried out and multiple research strategies were used, namely the application of questionnaires to all the professionals, documental analysis by the use of self-assessment grids and semi-structured interviews with middle and top managers.

The study allowed for the self-assessment of the organisational quality of the department, with the identification of its strengths and weaknesses and the establishment of improvement strategies, including (i) review and disclosure of the mission, vision and values; (ii) involvement of all professionals in planning and strategy; (iii) clarification of the strategy through teamwork and the implementation and effective improvement of communication channels, such as service meetings; (iv) systematic assessment of professional and client satisfaction; (v) implementation of self-assessment tools and training of professionals.

**Keywords:** Total Quality Management, Health Quality, Quality Assessment, Common Assessment Framework, Occupational Health.



## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	5
<b>1. ENFERMAGEM DE SAÚDE OCUPACIONAL</b> .....	7
<b>2. GESTÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	15
<b>3. QUALIDADE EM SAÚDE E O MODELO DA EFQM</b> .....	19
<b>4. COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK</b> .....	27
<b>PARTE II - TRABALHO EMPIRICO</b> .....	39
<b>1. METODOLOGIA</b> .....	41
1.1. Problemática e justificação do estudo .....	41
1.2. Tipo de Estudo .....	42
1.3. Métodos e procedimentos de recolha e tratamento de dados .....	44
1.4. Procedimentos éticos .....	48
<b>2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	51
2.1. Apresentação dos resultados .....	51
2.1.1. Opinião dos profissionais .....	51
2.1.2. Autoavaliação do SSO .....	70
2.1.3. Opinião dos líderes .....	91
2.2. Análise e discussão dos resultados .....	93
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	101
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	105
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I - Grelhas de autoavaliação CAF (2013)</b>	

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Pedido de autorização para realização do estudo

**APÊNDICE II** - Questionário sobre Qualidade Organizacional aos Colaboradores

**APÊNDICE III** - Grelha de Análise das Perguntas Abertas

**APÊNDICE IV** - Guião da Entrevista Semiestruturada

**APÊNDICE V** - Grelha de Análise das Entrevistas

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Conceptual de Hanasaari para Enfermagem do Trabalho .....	13
<b>Figura 2</b> - Os Conceitos Fundamentais da Excelência.....	24
<b>Figura 3</b> - O modelo CAF.....	28
<b>Figura 4</b> - Pontuação da CAF conforme o ciclo PDCA .....	31
<b>Figura 5</b> - Plano de implementação da CAF.....	32



## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> -Critérios de Meios.....	28
<b>Quadro 2</b> - Critérios de Resultados .....	30



## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos Profissionais por Idades .....	52
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos Profissionais por Tempo de Exercício Profissional.....	53
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos Profissionais segundo o Tempo de Exercício Profissional no SSO.....	54
<b>Tabela 4</b> - Estatísticas relativas à Liderança do SSO .....	57
<b>Tabela 5</b> - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos às perguntas abertas .	68



## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição de Profissionais por Sexo.....	52
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos profissionais por categoria profissional.....	53
<b>Gráfico 3</b> – Dimensões da Qualidade em Saúde .....	54
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição das respostas sobre o conhecimento da Missão do SSO ..	55
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição das respostas sobre a Missão do SSO .....	55
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição das respostas sobre o conhecimento da Visão do SSO ....	56
<b>Gráfico 7</b> – Distribuição das respostas sobre a Visão do SSO .....	56
<b>Gráfico 8</b> – Distribuição das respostas sobre a realização dos inquéritos aos profissionais .....	59
<b>Gráfico 9</b> – Opinião dos profissionais sobre a participação na elaboração do plano de atividades do SSO.....	60
<b>Gráfico 10</b> – Distribuição das respostas relativamente às iniciativas para desenvolvimento de novas competências e aptidões .....	61
<b>Gráfico 11</b> – Distribuição das respostas dos profissionais sobre o seu envolvimento nos planos, estratégias, objetivos e projetos do SSO .....	62
<b>Gráfico 12</b> – Distribuição das respostas dos profissionais relativamente aos objetivos da sua participação em reuniões.....	64
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição das respostas dos profissionais relativamente às necessidades sentidas para aderir a projetos de mudança que visem a melhoria da Qualidade .....	64
<b>Gráfico 14</b> – Distribuição das respostas dos profissionais relativamente ao grau de satisfação global.....	65
<b>Gráfico 15</b> – Distribuição das respostas dos profissionais relativamente ao grau de satisfação com as condições de trabalho.....	67
<b>Gráfico 16</b> – Médias globais dos Critérios Meios .....	70
<b>Gráfico 17</b> – Médias globais dos Critérios Resultados .....	71
<b>Gráfico 18</b> – Médias globais do Critério Liderança e subcritérios.....	72
<b>Gráfico 19</b> – Médias globais do Critério Planeamento e Estratégia e subcritérios ...	74
<b>Gráfico 20</b> – Médias globais do Critério Pessoas e seus subcritérios .....	77
<b>Gráfico 21</b> – Médias globais do Critério Parcerias e Recursos e subcritérios .....	80
<b>Gráfico 22</b> – Médias globais do Critério Processos e subcritérios.....	83

<b>Gráfico 23</b> – Médias globais do Critério Resultados das Pessoas e subcritérios .....	85
<b>Gráfico 24</b> - Médias globais do Critério Resultados da Responsabilidade Social e subcritérios .....	87
<b>Gráfico 25</b> – Médias globais do Critério Resultados do Desempenho-Chave e subcritérios .....	89
<b>Gráfico 26</b> – Resultado final da autoavaliação do SSO.....	90

## INTRODUÇÃO

Atualmente a qualidade é um fator determinante para o sucesso das organizações de saúde, não só pela exigência crescente da sociedade em geral, mas também porque implica uma constante adaptação para melhor satisfazer as necessidades dos clientes. É através da melhoria contínua da qualidade dos serviços que oferecem, que as instituições de saúde procuram garantir a prestação de cuidados de saúde eficazes e, sobretudo eficientes, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos seus clientes (Silva, 2014). Esta procura pela vantagem competitiva e a constante necessidade de inovação impõe, assim, às organizações de saúde uma procura constante por melhores práticas nas suas metodologias de gestão e na melhoria dos serviços que oferecem (Pinto & Soares, 2009).

Nos serviços de saúde ocupacional (SSO), a melhoria contínua da qualidade é também considerada um pilar crucial para a competitividade e inovação de qualquer empresa/ estabelecimento e para o incremento da qualidade de vida, saúde e bem-estar dos trabalhadores (PNSOC, 2018).

Embora nas últimas décadas se tenham realizado avanços significativos na área da Saúde e Segurança do Trabalho, existe ainda grande desconhecimento sobre a importância da Saúde Ocupacional na melhoria da qualidade de vida, da saúde e das próprias condições de trabalho, assim como na competitividade, inovação e produtividade das empresas. É urgente assumir que o investimento em Saúde Ocupacional é um componente vital para uma boa gestão e para o desempenho da empresa (ILO, 2001), e que deve ser considerado como um requisito de qualidade. Neste sentido, é fundamental que os SSO apostem na gestão da qualidade e, por inferência, na melhoria contínua da qualidade dos serviços que oferecem. É neste âmbito que o modelo *Common Assessment Framework* (CAF) pode ter um papel importante, possibilitando não só um diagnóstico da qualidade destes serviços de saúde, mas também a comparação entre instituições similares, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que prestam.

A CAF é definida por Carapeto & Fonseca (2006) como uma ferramenta de gestão da qualidade de aplicação a organismos públicos, relativamente simples, assente na autoavaliação, de fácil implementação, mas ao mesmo tempo bastante inovadora, que percebe os meios e os resultados e permite diagnosticar os pontos fortes e

áreas de melhoria da organização. As conclusões dessa autoavaliação, onde são identificadas os pontos fortes e áreas de melhoria, podem assim funcionar como informação de suporte à decisão por parte da liderança para delinear e redefinir novas orientações estratégicas, ficando deste modo com a informação necessária para construir projetos de mudança e de inovação sustentados (Carapeto & Fonseca, 2006).

A autoavaliação realizada, tendo por base o modelo CAF, permite uma análise geral, sistemática e estruturada das atividades e dos respetivos processos, proporcionando uma visão global da organização, permitindo também a identificação de oportunidades de melhoria, sobre as quais incidem, geralmente, planos de implementação (Saraiva, Alas, & Nogueiro, 2007).

A aplicação deste modelo deverá, pois, ser entendida como o ponto de partida para a melhoria contínua, o que constitui um requisito essencial da qualidade nos serviços públicos (Carapeto & Fonseca, 2006). Trata-se efetivamente de uma ferramenta que, utilizada sistematicamente, permite conhecer as exigências e expectativas dos clientes, mediante um conjunto de critérios, que não só identificam o tipo de necessidades, como também permitem diagnosticar a eficácia e a eficiência da organização relativamente aos meios que utiliza para lhes dar resposta. Permite também conhecer a capacidade institucional da organização para antecipar as necessidades dos seus clientes, agindo de uma forma pró-ativa num ambiente em forte mutação e instabilidade.

Para implementação destas metodologias nas organizações de saúde, os enfermeiros desempenham um papel preponderante, pois interagem com os clientes, detêm conhecimentos científicos e criam valor no processo assistencial ao influenciar diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013). Pelo que, é fundamental garantir o envolvimento de todos os enfermeiros na melhoria contínua da qualidade para assegurar que os compromissos assumidos sejam transformados em ações, quer ao nível da eficácia, dinâmica, quer ao nível do envolvimento (Rocha, 2010).

O envolvimento dos enfermeiros gestores é fundamental para o sucesso dos projetos de melhoria da qualidade (Saban, Safan, & Elkholy, 2018). Estes têm a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de qualidade, de acordo com as necessidades do cliente, garantindo a sua satisfação (Fradique & Mendes, 2013).

Neste caso concreto, planeia-se intervir na área da autoavaliação da qualidade organizacional num SSO de uma Instituição Bancária pública, impulsionando para uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Ambiciona-se que este estudo atue como estímulo para o reconhecimento, motivação e desenvolvimento de competências de todos os profissionais do SSO em estudo, e em especial dos enfermeiros, e que seja o primeiro passo para o futuro processo de acreditação deste serviço.

Assim, partindo da questão de investigação *“Como é que os colaboradores do SSO percebem a qualidade organizacional, através da aplicação do instrumento CAF, enquanto ferramenta de autoavaliação do desempenho organizacional?”* delimitou-se o objetivo geral “analisar a qualidade organizacional de um SSO, com base no modelo CAF”, bem como os seguintes objetivos específicos:

- i) Avaliar a qualidade organizacional do SSO em estudo, utilizando a metodologia CAF;
- ii) Identificar os pontos fortes e áreas de melhoria do SSO decorrentes do processo de autoavaliação;
- iii) Propor plano de ação para a melhoria da qualidade organizacional do SSO;
- iv) Compreender o papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos formulados, optou-se por um estudo de caso único exploratório e descritivo de abordagem mista.

Espera-se que este trabalho contribua para aprofundar os conhecimentos sobre o papel do enfermeiro gestor na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, dar um contributo para a compreensão da aplicação do processo de autoavaliação da qualidade aos SSO através da CAF, assim como, contribuir para a discussão sobre a forma como estes sistemas de autoavaliação poderão contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira denominada enquadramento teórico, onde se contextualiza o estudo numa perspetiva de fundamentação teórica, abordando-se a enfermagem de saúde ocupacional, gestão em enfermagem, qualidade em saúde e o Modelo CAF. A segunda parte, identificada como estudo empírico, onde são desenvolvidos todos os procedimentos metodológicos, e apresentação, análise e discussão de resultados. Por último, são apresentadas

as conclusões do estudo, bem como as referências, anexos e apêndices referentes ao mesmo.

Este trabalho foi elaborado segundo as normas APA (American Psychological Association), de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018) e encontra-se escrito conforme o novo acordo ortográfico.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. ENFERMAGEM DE SAÚDE OCUPACIONAL

O conceito de Saúde Ocupacional tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, tendo sido primeiramente definido pelo Comité Misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizado em Genebra em 1950 (Mattos & Másculo, 2011).

A Saúde Ocupacional, por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho é uma atividade preventiva que visa a identificação, avaliação e controlo dos riscos associados ao local de trabalho e à vigilância e promoção da saúde no mesmo, procurando garantir ambientes de trabalho e trabalhadores saudáveis. Este conceito pode apresentar duas vertentes, a *“Saúde do Trabalho”* e a *“Segurança do Trabalho”*, e procura evitar ou minimizar a exposição profissional a fatores de risco suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador, assegurar uma alta qualidade de vida no trabalho e permitir alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (DGS, 2013). É um conceito atual, prioritário e global que agrega intervenções políticas, médicas, técnicas ou outras com a finalidade de promover e proteger a saúde dos trabalhadores nos seus locais de trabalho, subscrito pela generalidade da comunidade científica e pelos organismos internacionais de referência, como a OMS e OIT (Oliveira & André, 2010).

Hoje em dia, entende-se que a promoção da saúde no trabalho deve traduzir-se numa intervenção global e integrada, envolvendo todos os trabalhadores, todos os sectores da empresa e todas as dimensões da empresa (CLBSP, 2001), não se tratando apenas de reduzir o número de acidentes ou os problemas de saúde, mas sim de manter ativamente as pessoas de boa saúde, reduzindo o absentismo e a reforma antecipada (AESST, 2006). Desta forma é importante que as entidades empregadoras procurem assegurar ambientes de trabalho saudáveis, isto é, ambientes em que os trabalhadores e os empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantam a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho (DGS, 2018). Para o efeito é indispensável que a empresa / entidade empregadora organize e assegure o adequado funcionamento dos SSO para todos os trabalhadores, ao abrigo do estabelecido na Lei nº 102/2009 de 10 de setembro.

Salienta-se, que a Saúde Ocupacional é um direito consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019 de 4 de setembro, 2019) de que todos os trabalhadores devem beneficiar durante a sua vida profissional. Tem por finalidade, como anteriormente referido, a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e envolve várias áreas de especialização, como por exemplo a medicina do trabalho, a enfermagem do trabalho, a segurança do trabalho, a higiene do trabalho, a psicologia do trabalho e a ergonomia, entre outras (DGS, 2020).

No âmbito da gestão da qualidade, mais recentemente, os SSO têm como objetivo contribuir para aumentar os ganhos em saúde e garantir o valor da saúde do trabalhador, integrando, de acordo com DGS (2018), três conceitos – chave:

- **Saúde dos trabalhadores**, que será potenciado em contexto de trabalho, se se garantir que os trabalhadores beneficiam de SSO de qualidade, organizados e disponibilizados pela entidade empregadora, que procedam à vigilância e promoção da saúde de forma continuada;
- **Ambiente de trabalhos saudável** onde os trabalhadores e os gestores/empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho;
- **Qualidade dos SSO**, garantindo intervenções essenciais e serviços básicos/primários de Saúde Ocupacional relativos à prevenção primária de doenças profissionais, de doenças ligadas ao trabalho e das lesões por acidente. Assim como impulsionando o processo que visa alcançar empresas/estabelecimentos saudáveis, com especial intervenção em matéria de proteção e promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Neste sentido, a DGS (2018) refere ainda que a melhoria contínua em Saúde Ocupacional é um pilar crucial para a competitividade e inovação de qualquer empresa, para a promoção do trabalho digno em Portugal, bem como para a melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar dos trabalhadores portugueses, das suas famílias e da sociedade em geral.

Para que a qualidade dos SSO seja uma realidade, a equipa de Saúde Ocupacional deve conhecer não só os trabalhadores do setor e suas especificidades, mas

também suas atividades laborais e condições de trabalho e, com base nas informações obtidas deve utilizar seu conhecimento sobre cada uma delas, para, em conjunto, pensar e implementar os melhores cuidados.

Estas considerações realçam a importância da prevenção e promoção de saúde no local de trabalho, áreas em que a Enfermagem está fortemente vocacionada, daí que o papel destes profissionais dentro da equipa multidisciplinar tenha um relevo importante, pois é o enfermeiro o profissional que maior contacto tem com os trabalhadores, contribuindo para o desenvolvimento e o aumento da competitividade e rentabilidade das empresas, gerindo os fatores que condicionam a saúde da população laboral, reduzindo o absentismo por doença e contribuindo para a existência de mão-de-obra capaz de responder adequadamente aos desafios do mercado, com consequências óbvias no aumento da produtividade (DGS, 2018).

A OMS (2014) destaca o papel dos enfermeiros na área da Saúde Ocupacional, que representando o maior grupo de profissionais de saúde, envolvidos na prestação de serviços de saúde no local de trabalho, têm um importante papel na proteção e promoção da saúde das populações ativas, podendo contribuir para o desenvolvimento sustentável, para a melhoria da competitividade, da segurança no trabalho e para o aumento da rentabilidade, melhor desempenho das organizações e na redução dos custos em cuidados de saúde.

Organismos internacionais, nomeadamente a OMS, a OIT e a *Federation of Occupational Health Nurses in the European Union* (FOHNEU), referem-se ao enfermeiro que trabalha na Saúde Ocupacional como “enfermeiro de Saúde Ocupacional”. Por definição, o enfermeiro de Saúde Ocupacional visa garantir a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, através da avaliação, monitorização e promoção do *status* de saúde dos mesmos e desenvolvimento de estratégias para melhorar as condições de trabalho e o ambiente total (FOHNEU, 2014).

A nível nacional a DGS e a Ordem dos Enfermeiros (OE) designam este grupo profissional como “Enfermeiro do Trabalho”, sendo a sua atividade dirigida à gestão da saúde do trabalhador ou de grupos de trabalhadores, focada na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros (DGS, 2014).

No enquadramento legal português, o Enfermeiro do Trabalho é um enfermeiro com competências, reconhecidas e certificadas. Na atualidade, pela alínea d) do art.º 2º do Regulamento nº 372/2018 (OE, 2018, p. 16805) o “Enfermeiro do Trabalho “é definido como sendo o

“enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da Enfermagem do Trabalho, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional na área, (...) em contexto de atuação multiprofissional (...) responsável por assegurar o processo de cuidados de enfermagem, ao trabalhador ou grupo de trabalhadores, no momento e local de trabalho, garantindo um atendimento integral, preventivo, efetivo e oportuno; desenvolvendo uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”.

A Enfermagem do Trabalho tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na área da Saúde Ocupacional. De tal forma que Whitaker & Baranski (2001)<sup>1</sup>, propõem diversos perfis e atribuições de competência do enfermeiro do trabalho, das quais se destacam o **Clínico, Especialista, Gestor, Coordenador, Consultor, Educador para a Saúde, Conselheiro e Investigador**, sintetizadas por Borges (2018).

Assim, ao enfermeiro **Clínico** compete desenvolver funções ao nível da prevenção primária de lesões e doenças, cuidados de emergência, execução de tratamentos quando necessário, elaboração do diagnóstico de enfermagem e do respetivo plano de cuidados, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é um conceito holístico que não se centra no tratamento da doença, mas sim na pessoa e na sua saúde num contexto amplo e abrangente. Por isso, ao utilizar o processo de enfermagem o enfermeiro de Saúde Ocupacional contribui para a gestão e para a melhoria da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. Todas estas ações devem ser apoiadas na melhor evidência científica, produzida em diversas áreas do saber, com o objetivo de proporcionar os melhores cuida-

---

<sup>1</sup> Na publicação da OMS, intitulada *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, posteriormente traduzida para português e publicada em 2014, pela OE em parceria com a Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho (ANET), com o título de *O Enfermeiro de Trabalho na Gestão da Saúde Ocupacional* (Couto & Brasileiro, 2014).

dos e contribuir para informação, formação e aconselhamento adequado dos trabalhadores e empregadores/ empresas sobre a redução de riscos para a saúde em meio ocupacional.

Do **Especialista** espera-se competência para participar no desenvolvimento da política de saúde no local de trabalho e nas estratégias de promoção de saúde e gestão da saúde ambiental. Para além disto, o enfermeiro desempenha um papel importante na avaliação da capacidade para o trabalho, avaliações de saúde periódicas, vigilância dos fatores de risco e avaliação dos resultados, contribuindo para ajudar a gerir o absentismo de forma eficaz e também para a elaboração de programas de reabilitação. Desenvolve estratégias para manter ou restaurar a capacidade para o trabalho. Dá informação sobre vigilância da saúde, comunicação de riscos, monitorização e sobre a avaliação de estratégias de controlo. Realiza relatórios sobre as tendências de faltas devido a doenças, de estatísticas de acidentes, avaliação das necessidades em promoção da saúde e da prestação de serviços e da efetividade das intervenções da saúde ocupacional, num quadro de utilização da investigação e de uma prática baseada na evidência.

Ao **Gestor** requerem-se competências específicas na área da gestão e administração, podendo gerir toda a equipa multidisciplinar de Saúde Ocupacional, os enfermeiros do trabalho ou programas específicos. Também pode ser o responsável por gerir o orçamento do departamento e estar envolvido na realização de acordos para a prestação de serviços. Para além disto, tem que garantir e estar envolvido na qualidade da prestação de serviços, auditorias e iniciativas de melhoria da mesma e o seu desenvolvimento profissional contínuo.

Ao **Coordenador** requerem-se aptidões de comunicação, planeamento, envolvimento e coordenação de todos os profissionais envolvidos na equipa de saúde ocupacional, bem como de ensino e formação do trabalhador, e ainda, gestão da saúde ambiental.

Do **Consultor** são esperadas competências relacionadas com o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde no local de trabalho, articulando com outras estruturas, quer da área da saúde quer social.

O **Educador** deverá centrar a sua intervenção na educação para a saúde como aspeto integral da promoção da saúde, avaliando as necessidades em promoção da saúde, priorizando e desenvolvendo intervenções adequadas.

Como **Conselheiro** exigem-se capacidades e aptidões de aconselhamento, escuta reflexiva e de resolução de problemas, pois muitas vezes o enfermeiro é tido como o profissional de saúde presente durante grande parte do tempo na empresa, pelo que poderá ter que ajudar trabalhadores a lidar com a saúde mental e com o stress relacionado com o trabalho.

O Enfermeiro do Trabalho deve, ainda, desenvolver competências de **Investigador** para adotar uma prática baseada na evidência, realizar estudos, avaliar as necessidades individuais e organizacionais, tratar os dados, interpretar os resultados e planear intervenções.

De acordo com exposto, podemos verificar que as atribuições dos enfermeiros de Saúde Ocupacional são extremamente vastas e abrangentes dadas as modificações contínuas e a dinâmica dos ambientes de trabalho, pelo que estes devem moldar a sua prática em função das necessidades dos trabalhadores (Loureiro, Borges, & Melo, 2019).

Importa ainda considerar que os enfermeiros a exercer funções em Enfermagem do Trabalho estruturam as suas intervenções de enfermagem em quadros conceptuais. Para os Enfermeiros do Trabalho, assumem importância, teorias genéricas de enfermagem como a Teoria das Transições de Meleis, 2012 e a Teoria de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Na vertente de gestão, o modelo *The Nursing Role Effectiveness Model* de Irvine, Sidani, & McGillis-Hall (1998), com a abordagem – estrutura, processo e resultados, pode trazer aspetos proveitosos, nomeadamente no que respeita à consideração dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Por outro lado, de um conjunto de teorias específicas de Enfermagem do Trabalho, ganha relevância, o modelo conceptual de Hanasaari. Este modelo, pela visão dinâmica, aberta à comunidade envolvente dos trabalhadores e dos contextos de trabalho, comporta uma conceptualização estratégica da intervenção dos enfermeiros do trabalho de enorme valor social (Queirós, 2019), que de seguida se aprofunda.

O modelo conceptual de Hanasaari, de Ruth Alston (FOHNEU, 2003) é representado por um conjunto de estruturas geométricas interligadas entre si, que têm por base três principais conceitos (Figura 1):

- **Sistema Geral de Ambiente** este incorpora aspetos de saúde e segurança, ou seja, é o conjunto de fatores que tem efeito global na saúde, tais como fatores económicos, políticos, sociais, organizacionais e ecológicos;
- **Conceito Homem-Trabalho-Saúde** no qual estes estão interligados e operam em todo o ambiente e que são influenciados direta ou indiretamente por ele;
- **Enfermagem do Trabalho** o centro da figura geométrica a qual deve ser proactiva e não reativa, ou seja, a sua ação pode influenciar o ambiente e por sua vez a saúde dos trabalhadores ao atuar a nível da prevenção de acidentes e doenças, cuidar, promoção de saúde, investigação e trabalho em equipa.

Figura 1- Modelo Conceptual de Hanasaari para Enfermagem do Trabalho



Fonte: Adaptado de FOHNEU (2003), citando The Hanasaari Model, (Alston, et al.,1988)

No modelo de enfermagem do trabalho de Hanasaari, “... a enfermagem em saúde ocupacional é apresentada no centro do diagrama através de um círculo curvo de setas simbolizando a influência que esta exerce nos restantes conceitos do modelo, tais como melhorar a saúde no trabalho e afetar a saúde das comunidades fora do local de trabalho num ambiente total” (Gomes & Queirós, 2018, p. 71). No modelo “o triângulo – Homem, Trabalho, Saúde – situa-se no centro do meio ambiente geral. Os fatores globais interatuam com este triângulo produzindo efeitos sobre a saúde laboral. A enfermagem do trabalho apresenta-se no centro do modelo. A flexibilidade que se representa com setas curvas simboliza que os enfermeiros do trabalho são proactivos, em lugar de reativos. O enfermeiro ou enfermeira especialista melhora a saúde das pessoas na sua envolvente laboral, o que reverte em benefício para a comunidade” (López, 2016, p. 175).

Compreende-se, então, que o papel do Enfermeiro do Trabalho reveste-se de extrema importância, uma vez que as suas intervenções devem ser norteadas por uma visão holística do trabalhador, visando o seu bem-estar e o seu conforto, e que a prevenção de acidentes, doenças e lesões no local de trabalho deve ser uma prioridade, concentrando esforços não só na melhoria da saúde e na proteção do posto de trabalho, mas também na melhoria da qualidade dos SSO em geral, visando a excelência dos cuidados prestados.

Perante o descrito, ressalta-se a importância da existência de SSO organizados e de qualidade como um importante investimento na promoção de ganhos em saúde na população trabalhadora e da própria comunidade e no reconhecimento do valor da saúde do trabalhador enquanto fator prioritário para alcançar o desenvolvimento sustentável (DGS, 2018). A promoção de elevados níveis de qualidade nos SSO é, desta forma, uma responsabilidade conjunta de toda a equipa, devendo ser-lhe concedida prioridade, e que contribua para o estabelecimento e fomento de uma cultura nacional de prevenção dos riscos profissionais (DGS, 2018).

Os enfermeiros sendo o maior grupo de profissional envolvido na prestação de cuidados na área da SO, têm aqui um papel importante e reconhecido na melhoria da qualidade dos SSO, assumindo-se como um parceiro que contribui para a diminuição do absentismo, o aumento de produtividade e, sobretudo, o aumento da qualidade de vida da população trabalhadora (Borges, 2018). De forma mais específica, também o enfermeiro gestor em funções nos SSO, assume um papel de destaque, implementando, supervisionando e monitorizando alterações organizacionais que promovam a qualidade dos cuidados prestados, o que vem ao encontro do estabelecido no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015, 2015) e será analisado no capítulo seguinte.

## 2. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A gestão em enfermagem consiste na coordenação e integração dos recursos de enfermagem, através da aplicação do processo de gestão para promover a organização e garantir a prestação de cuidados de qualidade aos indivíduos, grupos e comunidade (Huber, 2006).

A gestão em enfermagem surge como uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde, sendo precisamente uma das competências do enfermeiro gestor a promoção da “concepção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera” (OE, 2015, p.5949).

Para a OE (2018), as competências do enfermeiro gestor possibilitam o desenvolvimento de competências nos níveis individuais e funcionais mobilizando os enfermeiros para alcançar resultados, estimulando o seu crescimento profissional, otimizando os recursos e atendendo às necessidades dos clientes. O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo -se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

Dubois et al. (2012) referem que as competências de gestão são importantes para alcançar resultados, ou seja, para fornecer cuidados de alta qualidade de forma eficiente e eficaz. Estas competências assentam em três categorias: conhecimento (proveniente de experiências, aprendizagem, de busca de informações e de elaborações mentais aplicados com um objetivo e de forma eficaz); habilidades (aptidões desenvolvidas e que tornam as pessoas diferenciadas); atitudes (comportamento relacionado com princípios e valores, e que são resultados de ações conscientes). Também Munari & Bezerra (2004) afirmam que no desempenho do papel de gestor torna-se indispensável ultrapassar o domínio da técnica e agregar habilidades relacionadas com a criação, intuição e interação, por conseguinte, o gestor tem de ser proactivo e facilitador dos processos nas organizações, com recurso a uma gestão flexível assente em projetos de desenvolvimento das pessoas, considerando os resultados como um trabalho coletivo. Neste sentido, o enfermeiro gestor desempenha um papel predominante, na unidade de cuidados, assumindo-se como um elemento essencial na transformação dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando,

deste modo, a permanente qualidade dos cuidados prestados (Oermann, Lambert, & Templin, 2000).

A atual gestão em enfermagem para além das componentes administrativas (planeamento, organização, direção e controlo) tem implícita uma conjugação de competências, conhecimentos, aptidões, atitudes e comportamentos, transversais a diferentes tipos de organizações, nomeadamente a liderança, a gestão do desempenho, o planeamento estratégico, a negociação, a comunicação, a gestão de recursos humanos e a melhoria da qualidade (Frederico & Silva, 2012), fundamentadas numa base de rigor, eficiência e eficácia (Ferreira, 2015). Neste sentido, o enfermeiro gestor representa o vetor da qualidade dos cuidados, em que a liderança constitui um componente essencial da gestão em enfermagem, implicando a direção e orientação da equipa, bem como a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e qualidade dos cuidados (ICN, 2010).

De acordo com as evidências disponíveis na literatura, podemos afirmar que a gestão em enfermagem influencia direta e significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, é impulsionadora de comportamentos que potencializem a qualidade dos cuidados prestados bem como a satisfação dos colaboradores e clientes, e que pode gerar ganhos que se vem a refletir nos cuidados de saúde prestados e na segurança do cliente (Rocha, Trevizan, Rocha Júnior, & Castelhana-Souza, 2013; Vituri & Évora, 2015; Wang, Chou, & Lai, 2018).

O enfermeiro gestor deve desempenhar uma gestão inovadora que permita a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, maior satisfação dos enfermeiros assim como a consecução dos objetivos organizacionais. Quando um enfermeiro se sente motivado, repercute-se na satisfação profissional e concomitantemente na qualidade dos cuidados de enfermagem (Vituri & Évora, 2015; Wang et al., 2018).

O desempenho do enfermeiro gestor está significativamente relacionado com a satisfação dos enfermeiros e clientes, é dele que partem as decisões relativas à gestão das equipas e implementação de práticas de segurança e qualidade dos cuidados (Boev, 2012; Brewer & Verran, 2013; Hinno, Partanen, & Vehviläinen-Julkunen, 2011; Schmalenberg & Kramer, 2008). A literatura comprova que o enfermeiro gestor deve utilizar ferramentas de gestão de qualidade para motivar a sua equipa a desenvolver habilidades, conhecimentos para que a organização de saúde tenha sucesso (Vituri & Évora, 2015). O envolvimento profissional e a oportunidade dada pelo líder de crescer

profissionalmente é uma mais-valia para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade (Vituri & Évora, 2015).

Em suma, podemos afirmar que a gestão em enfermagem é um processo cuja finalidade máxima consiste em organizar a prestação de cuidados de enfermagem, através do diagnóstico, do planeamento, da execução, da coordenação, da supervisão e da avaliação de todos os procedimentos da equipa de enfermagem, das necessidades dos clientes, bem como da própria organização. Estes fatores potenciam a articulação das funções do enfermeiro gestor (Peak et al., 2005) que tem que ser fortemente visível, acessível, sensível às preocupações dos enfermeiros, impondo elevados padrões de cuidados de enfermagem (Flynn & Aiken, 2010).

No próximo capítulo daremos ênfase ao conceito da qualidade em saúde e da gestão da qualidade total como estratégia para a melhoria contínua da qualidade.



### 3. QUALIDADE EM SAÚDE E O MODELO DA EFQM

A preocupação com a qualidade sempre foi, ainda que sob diferentes perspetivas, parte integrante da vida do ser humano, tendo evoluído ao longo dos tempos os conceitos e as exigências que lhe são inerentes. Na atualidade, a qualidade passou a ser entendida como parte da função da gestão, constituindo-se um elemento fundamental na competitividade entre mercados, que vão para além das áreas da indústria e englobam a área da saúde (D’Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

A identificação da qualidade em saúde emerge da 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, onde foi aprovado como principal meta dos governos e da OMS, nas décadas seguintes, um nível de saúde que permitisse às populações uma vida social e economicamente produtiva. A referida meta ficou conhecida como *Saúde para Todos no ano 2000*, onde se previa que nessa data todos os estados membros já tivessem criado e desenvolvido sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e adequado uso das tecnologias da saúde.

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção Geral da Saúde (DGS), estando atualmente claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (Ministério da Saúde, 2015). De acordo com o enunciado no documento: “A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551).

A aplicação do conceito de qualidade à saúde engloba premissas que poderão considerar-se um complexo desafio, porém necessário para que se atinjam os objetivos desejados, ou seja, maior qualidade assistencial e a satisfação dos clientes. De uma forma simplista, pode definir-se qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente” (Marques, 2011, p.20).

Para Donabedian (2003) a qualidade em saúde é descrita como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços do sistema de saúde e da sociedade para

apresentarem um conjunto coerente, capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais competentes e justamente remunerados, para que os clientes possam utilizá-lo sempre que dele necessitem, sendo todo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática dos cidadãos. O mesmo autor considera que a definição de qualidade em saúde pode depender: dos intervenientes no processo de cuidados; como a saúde e responsabilidades, em termos gerais, são definidas; se é procurada máxima eficácia; se as preferências individuais ou sociais definem o ideal.

Hoje em dia, a qualidade tornou-se o centro de atenção de muitos gestores de saúde, uma vez que não se pode gerir sem que se aborde a questão da qualidade dos processos. Os clientes do sistema de saúde estão cada vez mais exigentes e melhor informados, levando as organizações de saúde a procurar a melhoria dos seus processos e a repensar a maneira de conquistar e fidelizar os seus clientes (Pimentel & Major, 2016).

Tendo em conta que os cuidados de saúde requerem o envolvimento de vários profissionais de saúde, com níveis de formação diferenciados e especializados, a qualidade deve ser entendida como o produto final desta cadeia em que a equipa multidisciplinar contribui para o resultado final (Ribeiro, Carvalho, Ferreira, & Ferreira, 2008). Os enfermeiros, como grupo profissional mais representativo no sector da saúde, têm desempenhado um papel cada vez mais ativo na avaliação e melhoria da qualidade, tanto na condição de gestores como na prestação direta de cuidados. Assim, é urgente adotar um espírito de empreendedorismo e inovação, em que inovar/diferenciar implica atender às necessidades do cliente e melhorar processos, procedimentos, comunicação e informação-tecnologias, no sentido da mudança/melhoria (Sarkar, 2014).

Para responder às necessidades de desenvolvimento das novas organizações de saúde, existem, presentemente, várias ferramentas, que de uma forma fiável pretendem contribuir para a melhoria contínua da qualidade, exigida aos serviços de saúde de agora e do futuro.

A Gestão da Qualidade Total ou *Total Quality Management* (TQM) é uma dessas ferramentas, sendo definida como um conjunto de processos que assenta na base do

envolvimento de todos os colaboradores, numa cultura de satisfação das necessidades dos clientes, através do fornecimento de produtos que vão de encontro ao pretendido pelos mesmos e, se possível, exceder as suas expectativas (Pinto & Soares, 2009).

Segundo os autores anteriormente referidos, a TQM permite aumentar a satisfação dos clientes, disciplinar e aperfeiçoar continuamente os processos e os serviços/produtos, aumentar a probabilidade da organização alcançar os objetivos, transmitir a máxima confiança, por um lado, ao cliente de que os seus requisitos estão a ser alcançados, e por outro, à gestão de que a qualidade está a ser alcançada ao mínimo custo. Um sistema de TQM promove a confiança dos clientes nos produtos/serviços, facilita a conquista de novos clientes e/ou a sua fidelização, serve para implementar mudanças profundas na organização, melhorando a própria gestão interna e conseqüentemente, reduzindo os custos globais e os custos com falhas e reclamações (Pinto & Soares, 2009).

A implementação de um sistema de TQM implica o desenvolvimento da gestão para a excelência e exige colaboradores responsáveis e capacitados para a autonomia direcionada para os objetivos (missão da organização), para os grupos de trabalho (cooperação), para a melhoria contínua da qualidade e sistemas de medida/indicadores (Lisboa, Coelho, Coelho, & Almeida, 2011; Rocha, 2010). Para que funcione bem, requer o envolvimento total e ativo de todos os colaboradores e um grande investimento em formação, assim como uma mudança cultural com o objetivo de melhoria contínua. Aderir à TQM pressupõe a desarticulação das estruturas convencionais, incentivando a mudança organizacional (Rocha, 2010), em que o principal objetivo é a satisfação do cliente, pretendendo otimizar os processos, os serviços e os produtos, pois só assim as organizações conseguem responder atempadamente às necessidades dos consumidores (Sarmiento, 2003).

A abordagem por processos e a utilização do modelo desenvolvido por Deming, o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), constituem a base de um sistema de TQM. O ciclo PDCA permite à organização assegurar que os seus processos são dotados com recursos adequados e devidamente geridos e que as oportunidades de melhoria são determinadas e implementadas para alcançar o resultado esperado, numa base de melhoria contínua da qualidade (IPQ, 2015).

A TQM tem vindo a mostrar-se como uma estratégia a adotar para alcançar a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A redução de custos na saúde é uma prioridade na atualidade e a melhoria contínua da qualidade permite uma gestão adequada de recursos, proporcionando assim melhores cuidados aos clientes. A adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável (IPQ, 2015). A melhoria contínua constitui, assim, um dos princípios básicos sobre os quais se sustenta a TQM, e independentemente da etapa de desenvolvimento em que se encontre a gestão da qualidade numa organização, é necessário que as decisões se tomem a partir de uma informação objetiva, que torna imprescindível a realização de um exercício de avaliação que permita compreender tanto a situação de partida como a evolução dos resultados (IPQ, 2015).

A partir do conceito de TQM surge o Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Este modelo é utilizado tanto por organizações como por investigadores, encontra-se amplamente difundido na Europa, e tem sido uma estrutura de suporte para as organizações desenvolverem uma cultura de excelência, acederem a boas práticas, conduzirem a inovação e melhorarem os seus resultados (APQ, 2016).

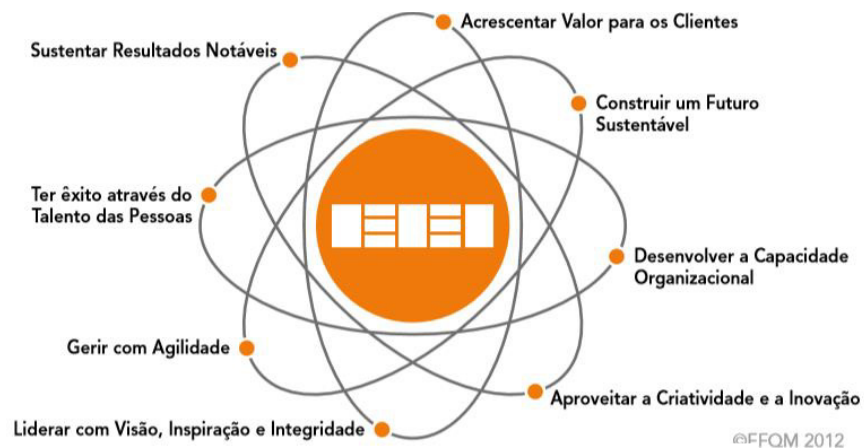
O Modelo de Excelência da EFQM foi concebido para apoiar as organizações no estabelecimento de um sistema de gestão adequado, capaz de otimizar o seu funcionamento, sendo utilizado pelas organizações como ferramenta de diagnóstico e auto-avaliação (EFQM, 2013). Trata-se de um modelo que representa o ciclo da melhoria contínua que influencia todo o sistema de gestão da organização (Araújo & Sampaio, 2014) e contém 3 componentes integrados para proporcionar orientações para o sucesso sustentado das organizações, que são:

- **Os Conceitos Fundamentais da Excelência** – definem os princípios subjacentes para uma organização alcançar a excelência;
- **Os Critérios do Modelo** - convertem os Conceitos Fundamentais numa ferramenta de gestão;
- **A lógica do RADAR** (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Review*) - ferramenta simples, mas poderosa, para conduzir melhorias sistemáticas em todas as áreas de uma organização (EFQM, 2013).

Os Conceitos Fundamentais da Excelência (figura 2) são o alicerce essencial para qualquer organização alcançar a excelência sustentada e podem ser utilizados para descrever os atributos de uma cultura organizacional excelente (Calvo-Mora, Navarro-García, & Periañez-Cristobal, 2015). Segundo a EFQM (2013) os Conceitos Fundamentais de Excelência são os seguintes:

1. **Acrescentar**, consistentemente, **valor para os clientes**, compreendendo, antecipando e satisfazendo as suas necessidades, expectativas e oportunidades;
2. **Construir um futuro sustentável**, produzindo um impacto positivo na sociedade, melhorando o seu desempenho e, em simultâneo, contribuindo para a melhoria das condições económicas, ambientais e sociais da envolvente externa;
3. **Desenvolver a capacidade organizacional**, reforçando as suas capacidades com recurso à gestão da mudança eficaz, quer no interior da organização quer na sua envolvente;
4. **Aproveitar a criatividade e a inovação das partes interessadas**, gerando aumento do valor e do desempenho através da melhoria e da inovação sistemática;
5. **Liderar com visão, inspiração e integridade**, atuando como modelo a seguir dos valores organizacionais e da ética, moldando o futuro e fazendo-o acontecer;
6. **Gerir com agilidade**, identificando e agindo, de forma eficaz e eficiente, às oportunidades e ameaças;
7. **Ter êxito através do talento das pessoas**, valorizando as pessoas da organização e criando uma cultura de *empowerment* para a concretização dos objetivos organizacionais e pessoais;
8. **Sustentar resultados notáveis** que vão ao encontro das necessidades de todas as suas partes interessadas, no contexto do meio em que a organização se insere.

Figura 2 - Os Conceitos Fundamentais da Excelência



Fonte: Adaptado de EFQM (2013, p.4)

O Modelo de Excelência EFQM é uma ferramenta baseada em nove critérios. Cinco são critérios de meios (liderança, pessoas, estratégia, parceria e recursos e processos, produtos e serviços) e abrangem as atividades e os esforços das organizações, o que fazem e como o fazem. Os restantes quatro são critérios de resultados (resultados de pessoas, resultados de clientes, impacto nos resultados da sociedade e resultados do negócio) e abrangem os resultados das organizações e o que estas alcançam. Se os meios adequados forem efetivamente implementados, as organizações alcançarão os resultados esperados (Pimentel & Major, 2016).

A lógica do RADAR é uma estrutura de avaliação dinâmica, que permite uma abordagem estruturada para questionar o desempenho da organização e apoiar a condução de projetos de mudança e de melhoria (EFQM, 2013). Sendo a ferramenta de melhoria do Modelo de Excelência EFQM, é também utilizada para pontuar o nível de desenvolvimento dos Critérios do Modelo.

O Modelo de Excelência da EFQM enquanto ferramenta de gestão permite avaliar o desempenho da organização e identificar pontos fortes e áreas de melhoria; integrar e alinhar os processos, procedimentos e ferramentas existentes, eliminando as duplicações; introduzir uma cultura de melhoria contínua; identificar quais as ações que na realidade, estão a ter um impacto positivo nos resultados, que áreas necessitam de uma maior atenção e que abordagens devem tornar-se redundantes (APQ, 2016). A utilização deste Modelo assegura que todas as práticas de gestão de uma

organização formam um sistema coerente, que é melhorado continuamente, e que suporta a execução da estratégia pretendida para a organização.

Em suma, da revisão da literatura efetuada podemos concluir que a TQM tem um impacto positivo no desempenho das organizações e o Modelo de Excelência da EFQM permite avaliar esse facto, sendo uma excelente ferramenta de autoavaliação, que possibilita às organizações obterem um panorama abrangente da sua situação global num dado momento, para além de fornecer um valioso feedback acerca da eficácia das abordagens adotadas em todas as suas atividades, constituindo desta forma uma força motriz para a melhoria contínua da qualidade.

A ferramenta *Common Assessment Framework* (CAF) é outra estratégia de gestão da qualidade, e surgiu da necessidade de adaptar um modelo de gestão aos organismos públicos, sendo baseada numa estrutura de autoavaliação conceptualmente semelhante aos principais modelos de TQM. Esta procura de excelência nas unidades de saúde implica o envolvimento da equipa, num processo de autoavaliação, que indique o nível de qualidade em que se encontra e as áreas em que é preciso melhorar (DGAEP, 2013). Esta metodologia de gestão da qualidade é abordada no próximo capítulo, uma vez que foi a base para desenvolvimento da presente dissertação.



## 4. COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK

Tal como já referido anteriormente, uma outra forma de abordagem da gestão da qualidade é a *Common Assessment Framework* (CAF), também designada por Estrutura Comum de Avaliação.

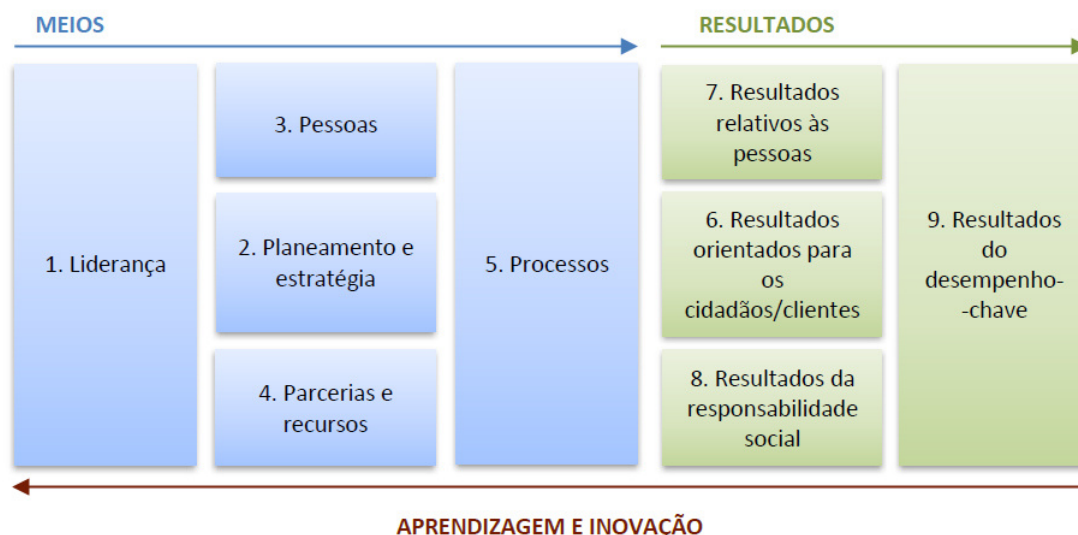
A CAF é uma metodologia de avaliação conduzida pela própria organização, em consonância com um conjunto de metas definidas para várias dimensões da gestão estratégica e operacional. Inspirada no Modelo de Excelência da EFQM, de acordo com um conjunto de critérios, permite global e sistematicamente fazer uma análise das iniciativas implementadas ao nível da gestão e dos respetivos resultados (DGAEP, 2013).

A CAF tem como principais valores a focalização no cliente, a liderança e envolvimento, a orientação por processo, a medição e a melhoria contínua (Saraiva et al., 2007).

Esta ferramenta apresenta as seguintes vantagens ao ser aplicada: melhoria do sistema de gestão, melhoria do conhecimento real da instituição, dos seus pontos fortes e fracos, partilha de informação, a criação de indicadores de controlo da qualidade, definição de orientações estratégicas a nível institucional, sistematização de tarefas e compreensão da sua importância no contexto da organização e aumento da sensibilização para as questões da qualidade (Saraiva et al., 2007).

Focaliza-se na avaliação do desempenho da gestão e na identificação das possibilidades de melhoria, visando a boa governação. Assenta numa estrutura de nove critérios a que correspondem determinados aspetos organizacionais (DGAEP, 2013). Cada critério encontra-se dividido em subcritérios que por sua vez têm associados um conjunto de exemplos que visam as principais dimensões a considerar na avaliação de uma organização (Figura 3).

Figura 3 - O Modelo CAF



Fonte: Adaptado de DGAEP (2013, p. 9)

O uso desta ferramenta é totalmente flexível e adaptável às organizações, respeitando os princípios fundamentais das linhas de orientação. De notar a perspetiva holística entre todos os critérios, que consiste na relação causa – efeito entre os meios (causas) e os resultados (efeitos), e o inverso pela informação de retorno ou feedback (DGAEP, 2013).

Os critérios de autoavaliação da CAF dividem-se em cinco critérios de meios e quatro critérios de resultados. Os critérios de Meios (1 a 5) são relativos ao que a organização faz, como realiza, planeia e operacionaliza as suas atividades para obter os resultados desejados integrando cinco dimensões: Liderança; Planeamento e Estratégia; Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos.

Quadro 1 -Critérios de Meios

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	SUBCRITÉRIO
<b>Critério 1 Liderança</b>	Identifica a forma como os líderes desenvolvem e prosseguem a missão, visão e os valores necessários para sustentar o sucesso da organização.	1.1. Dar uma orientação à organização, desenvolvendo a Visão, Missão e Valores; 1.2. Gerir a organização, o desempenho e a melhoria contínua; 1.3. Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo de conduta;

		1.4. Gerir de forma eficaz as relações com o nível político e outras partes interessadas.
<b>Critério 2 Planeamento e Estratégia</b>	Avalia a forma como a organização planeia e implementa a sua estratégia tendo em conta as necessidades, recursos e expectativas de todas as partes interessadas.	2.1. Recolher informação relacionada com necessidades presentes e futuras das partes interessadas bem como informação de gestão relevante; 2.2. Desenvolver a estratégia e o planeamento tendo em conta a informação recolhida; 2.3. Comunicar e implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização e rever de forma regular; 2.4. Planear, implementar e rever a inovação e a mudança.
<b>Critério 3 Pessoas</b>	Avalia como a organização planeia, gere, melhora e envolve os seus recursos humanos relacionando com a estratégia da organização.	3.1. Planear, gerir e melhorar os recursos humanos, de modo transparente e em sintonia com a estratégia e o planeamento; 3.2. Identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas alinhando os objetivos organizacionais e individuais; 3.3. Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades e apoiar o seu bem-estar.
<b>Critério 4 Parcerias e Recursos</b>	Pretende aferir a forma como a organização planeia e gere as parcerias e os recursos internos, de forma a garantir o cumprimento eficaz dos seus processos e estratégia.	4.1. Desenvolver e aferir parcerias com organizações relevantes; 4.2. Desenvolver e implementar parcerias com cidadãos/clientes; 4.3. Gerir os recursos financeiros; 4.4 Gerir conhecimento e a informação; 4.5. Gerir os recursos tecnológicos; 4.6. Gerir os recursos materiais.
<b>Critério 5 Processos</b>	Pretende compreender a forma como a organização cria, gere e melhora os seus processos de modo a criar mais-valias para as partes interessadas.	5.1. Identificar, conceber, gerir e inovar os processos de forma sistemática, envolvendo as partes interessadas; 5.2 Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para o cidadão/cliente;

		5.3 Coordenar os processos em toda a organização e com outras organizações relevantes.
--	--	--

Fonte: Adaptado de DGAEP (2013, p. 17)

Os quatro critérios de Resultados (6 a 9) tentam aferir que resultados estão a ser alcançados pela organização, quer na vertente dos cidadãos/clientes, quer das pessoas, passando pela responsabilidade social e pelos resultados de desempenhos chave.

*Quadro 2 - Critérios de Resultados*

<b>CRITÉRIO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>SUBCRITÉRIO</b>
<b>Critério 6 Resultados orientados para os Cidadãos/Clientes</b>	Pretende avaliar os resultados que a organização atinge em relação à satisfação dos seus cidadãos/clientes com a organização e os produtos ou serviços que presta.	6.1. Medições de Perceção; 6.2. Medições de Desempenho.
<b>Critério 7 Resultados das Pessoas</b>	Pretende refletir sobre os resultados que a organização atinge relativamente à competência, satisfação, perceção e desempenho dos seus colaboradores.	7.1. Medições de Perceção; 7.2. Medições de Desempenho.
<b>Critério 8 Resultados da Responsabilidade Social</b>	Pretende avaliar os resultados que a organização atinge na satisfação das necessidades e expectativas da comunidade. Este critério poderá incluir a abordagem da organização e o seu contributo para a qualidade de vida, proteção do ambiente, preservação dos recursos globais, igualdade de oportunidades no emprego, comportamento ético, envolvimento com comunidades e contribuição para o desenvolvimento local.	8.1. Medições de Perceção; 8.2. Medições de Desempenho.
<b>Critério 9 Resultados do Desempenho- Chave</b>	Pretende avaliar os resultados relacionados com aquilo que organização tenha determinado como realizações mensuráveis essenciais para o sucesso da organização a curto e	9.1. Resultados externos: resultados e impactos em relação aos objetivos; 9.2. Resultados internos: nível de eficiência.

	a longo prazo. Representam a política e os processos capazes de atingir as metas e objetivos definidos na missão, visão e plano estratégico da Instituição.	
--	---	--

Fonte: Adaptado de DGAEP (2013, p.45)

Os nove critérios em que o modelo se baseia representam os fatores que organizações devem considerar para seguirem o caminho da excelência.

Para facilitar a visualização dos critérios que estão fortalecidos e dos que podem ser alvo de melhoria, existe um sistema de pontuação atribuído a cada critério no modelo CAF, e que visa quatro grandes objetivos:

1. Dar uma indicação da direção a seguir para as ações de melhoria;
2. Medir o progresso da organização;
3. Identificar as boas práticas tal como indicado através da pontuação elevada nos Meios e Resultados;
4. Ajudar a organização a encontrar parceiros válidos com quem possa aprender (DGAEP, 2013).

O ciclo PDCA é a ferramenta fundamental para o sistema de pontuação da CAF. O ciclo PDCA pode ser definido como a natureza repetida e contínua das ações de planeamento e melhoria dos processos e atividades da organização (Pavletic, Pipan, & Sokovic, 2010).

*Figura 4 - Pontuação da CAF conforme o ciclo PDCA*

FASE	PAINEL DOS MEIOS – PONTUAÇÃO CLÁSSICA	PONTUAÇÃO
	Não temos ações nesta área Não temos informação ou esta não tem expressão.	0 - 10
Planear	Existem ações planeadas nesta área.	11-30
Executar	Existem ações em curso ou estão a ser implementadas	31-50
Rever	Revimos /avaliámos se fizemos as coisas certas de forma correta	51-70
Ajustar	Com base na revisão/avaliação fizemos os necessários ajustamentos	71-90
PDCA	Tudo o que fizemos nesta área foi planeado, implementado, revisto e é ajustado regularmente e aprendemos com outras organizações. Estamos num ciclo de melhoria contínua nesta matéria.	91-100

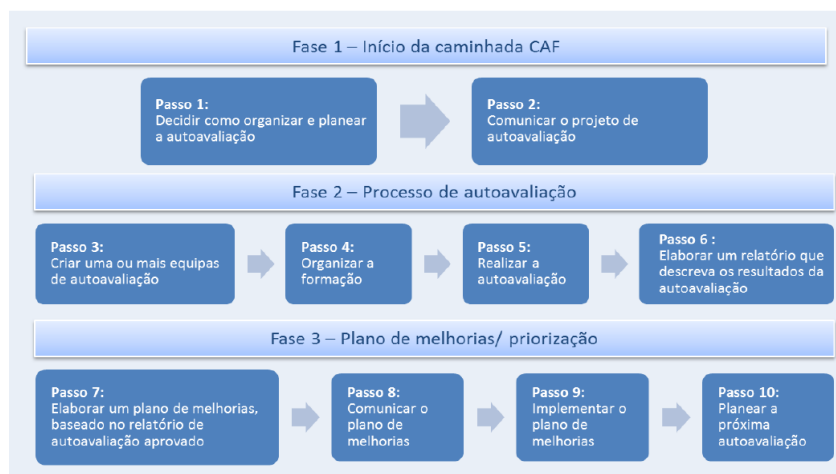
Fonte: Adaptado de DGAEP (2013, p. 62)

A CAF dispõe de dois sistemas de pontuação, o sistema de pontuação clássico (*classical CAF scoring*) e o sistema avançado (*fine-tuned CAF scoring*). De acordo com a DGAEP (2013, p.61) “a existência de duas modalidades de pontuação permite que as organizações se familiarizem mais facilmente com o ciclo PDCA, direcionando-as de forma mais positiva para uma abordagem de gestão da qualidade. O sistema clássico, de mais simples utilização, permite que a organização identifique a fase do ciclo PDCA em que se encontra, e, após essa identificação, é feita uma apreciação global de cada subcritério. A avaliação do painel dos meios pelo sistema clássico é cumulativa, ou seja, a organização necessariamente deve ter ultrapassado a fase anterior para pontuar na fase seguinte (DGAEP, 2013). O sistema de pontuação avançado constitui uma forma de pontuar mais realista, pois permite avaliar todas as fases do ciclo PDCA em simultâneo (DGAEP, 2013).

O sistema clássico considera somente a fase do ciclo em que a organização se encontra, ou seja, se está a executar (do), recebe uma pontuação superior à fase do planeamento (plan). No sistema avançado, é possível avaliar essas duas fases em simultâneo (plan/do), pontuando-as de acordo com as evidências obtidas em cada uma delas. Sendo assim, o sistema avançado permite uma análise mais pormenorizada, onde é possível pontuar todas as fases do ciclo PDCA em simultâneo, para cada subcritério (DGAEP, 2013).

Para a aplicação do modelo CAF, a DGAEP disponibiliza um plano de implementação baseado nas lições aprendidas pelas organizações pioneiras. Esse plano contém dez passos que “refletem os conselhos e opiniões dos peritos nacionais da CAF” (DGAEP, 2013, p.13).

Figura 5 - Plano de implementação da CAF



Fonte: DGAEP (2013, p.13)

A fase 1 é constituída pelos dois primeiros passos da implantação do modelo CAF. Nessa fase é muito importante o envolvimento dos gestores de topo e dos elementos chave da organização no processo de tomada de decisão para aplicação do modelo. Nesta fase são conhecidos os benefícios da autoavaliação e os detalhes da estrutura da CAF.

No planeamento estratégico do processo de autoavaliação tem de ser definido o âmbito de aplicação da CAF, que pode ser em toda a organização, aplicação global, ou apenas em determinado setor, aplicação setorial. Também é definido o sistema de pontuação a ser utilizado, clássico ou avançado (DGAEP, 2013). Nesta etapa, uma atividade muito importante é a escolha do líder do projeto para o processo de autoavaliação, cujas atribuições, segundo DGAEP (2013), são:

- Planeamento detalhado do projeto, incluindo o processo de comunicação;
- Comunicação e consulta de todas as partes interessadas relativamente ao projeto;
- Preparação da formação da equipa de autoavaliação;
- Recolha de documentos de apoio e de evidências;
- Participação ativa na equipa de autoavaliação;
- Facilitação do processo de obtenção do consenso;
- Elaboração do relatório de autoavaliação;
- Apoio à gestão na priorização das ações e elaboração do esboço do plano de ação.

A fase 2 do processo de implantação da CAF inclui os passos três a seis. Esta fase inicia-se com a criação da equipa de autoavaliação e, posteriormente, a qualificação desses elementos com a sua participação em cursos ou ações de formação (DGAEP, 2013).

A composição da equipa de autoavaliação deverá ser feita com base nas competências pessoais e no conhecimento da organização. Além disso, “é importante que essa equipa seja representativa dos mais diversos escalões e setores” (DGAEP, 2013, p.73).

Seguidamente, e após a equipa de autoavaliação criada e com formação no processo, será realizada a autoavaliação e a elaboração do respetivo relatório. O exercício de avaliação envolve o conhecimento das áreas da organização e a obtenção das evidências de suporte para o processo. Cada elemento da equipa apresenta a sua pontuação e regista os pontos fortes e as oportunidades de melhoria. Através de um processo de diálogo e discussão, deve-se chegar a um consenso para estabelecer a pontuação final de cada critério/subcritério (DGAEP, 2013).

Os próximos passos, que iniciam a fase 3, estão relacionados diretamente com a implementação do plano de melhorias na organização. “Este plano de ação é um dos principais objetivos da autoavaliação com base na CAF, e é também uma forma de recolher informação vital para o sistema de planeamento estratégico da organização” (DGAEP, 2013, p.77).

O plano de melhorias surge como resultado do relatório de autoavaliação e, baseia-se nas evidências obtidas durante o processo e nas sugestões dos colaboradores (DGAEP, 2013). Segundo a DGAEP, esse plano regista os pontos fortes e fracos evidenciados pela autoavaliação, e, apresenta um planeamento de ações sistemáticas e integradas para melhorar a funcionalidade e operabilidade de toda a organização. Por fim, será planeado a próxima autoavaliação. Após a formulação do plano de melhorias e a execução das ações de mudança, tem início o planeamento detalhado para a próxima autoavaliação, onde os passos se repetirão, tal como no ciclo PDCA.

A CAF tem sido implementada em serviços públicos de saúde, como nos comprovam os diversos estudos realizados. Heino (2006) relata-nos a experiência do Hospital Distrital *Pirkanmaa*, na Finlândia, tendo concluído que o principal resultado do trabalho de qualidade a longo prazo, utilizando a metodologia CAF, tem sido a melhoria sistemática das práticas de gestão e liderança, a integração dos princípios da gestão nas questões de rotina da organização, o desenvolvimento de instrumentos de medição e indicadores o que resultou na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Também Freyssinet & Bastin, em 2008, partilharam em Paris na *5ème Conférence sur la Qualité dans les Services Publics en Europe*, a sua experiência da utilização da CAF no *Etablissement Français du Sang*. Foi aplicado um questionário com cerca de 50 questões versando os nove critérios da CAF. Perante os resultados iden-

tificaram como pontos fortes um sistema único de gestão que abrange a área de recursos humanos, finanças e contabilidade, que permite o controlo orçamental e o seu equilíbrio financeiro. Identificaram também a necessidade de ter uma coordenação de gestão de projetos para fazer as mudanças com a vantagem de diminuir ou rentabilizar custos, assim como a necessidade de desenvolver um programa de melhoria direcionado e inserido no seu processo normal de planeamento estratégico. Relataram que a CAF é uma abordagem que reflete as necessidades implícitas dos líderes, dando uma visão sistemática da organização, sendo a primeira oportunidade de pensar, falar e agir em conjunto sobre a liderança das organizações, ou seja, é uma preparação necessária para a implementação de uma política de desenvolvimento sustentável.

Em 2008, Pereira desenvolveu um estudo, durante a frequência do curso mestrado que consistiu na caracterização do perfil organizacional na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS, na perspetiva dos seus profissionais de saúde, e o grau de satisfação dos responsáveis, colaboradores e clientes, utilizando como abordagem metodológica a aplicação de questionários suportados no modelo CAF. Os resultados obtidos ressaltaram como pontos fortes uma liderança com base no exemplo, a realização de reuniões mensais para implementação de estratégia, elevado grau de satisfação entre responsáveis, colaboradores e utentes. Como melhoria propôs a elaboração de um protocolo para definição de parcerias, divulgação da missão, visão e valores, elaboração de plano de formação na área da qualidade e ainda, o envolvimento de todos os colaboradores no planeamento e estratégia da Unidade. Estes resultados permitiram ao serviço conhecer-se melhor e implementar as propostas de melhoria sugeridas, avançando no caminho da melhoria contínua da qualidade.

Também Marques (2011) analisou, no âmbito da sua dissertação de mestrado, a aplicabilidade do modelo de autoavaliação CAF nos Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde da Região Alentejo. Adaptando instrumentos da CAF foram aplicados inquéritos junto de profissionais de saúde, com a finalidade de realizar um diagnóstico dos serviços em estudo. Os resultados permitiram realizar o diagnóstico desses serviços de saúde onde se identificaram áreas fortes e áreas de melhoria. Estas últimas permitiram delinear sugestões de melhoria, nomeadamente, a divulgação da missão, visão e valores; o envolvimento dos profissionais de todos os grupos no planeamento e estratégia; a clarificação da estratégia; a avali-

ação sistemática da satisfação dos profissionais; a melhoria do equipamento informático e sistema de comunicações; a implementação de ferramentas de autoavaliação e, por último, a formação em gestão da Qualidade.

Foram identificados mais alguns estudos acerca da aplicação da CAF em Portugal. O primeiro foi realizado pela Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP, 2006) em 2006, o “1º Estudo sobre a aplicação da CAF em Portugal” envolveu 60 organizações portuguesas, que compartilharam as suas experiências na aplicação do modelo. O segundo estudo, de âmbito Europeu, foi desenvolvido pelo *European Institute of Public Administration* (EIPA) no ano de 2011, e envolveu a participação de 21 correspondentes nacionais da CAF e 380 organizações. Esses estudos disponibilizaram um grande conjunto de informações a respeito do âmbito de atuação, estrutura administrativa das organizações que aplicaram o modelo, composição das equipas de avaliação, pormenores do processo de avaliação, detalhes do plano de melhoria e do planeamento da próxima aplicação da CAF (Staes, Thijs, Stoffels, & Geldof, 2011).

Em 2018 foi realizado outro estudo sobre a aplicação da CAF na administração central do Estado Português com o objetivo de dar a conhecer o grau de utilização do modelo. Foi aplicado um inquérito a 143 organizações, onde se concluiu que a CAF continua a ser um instrumento apelativo para melhorar o desempenho das organizações públicas, constituindo um fator facilitador a existência de sistemas de incentivos associados e que a experiência de aplicação da CAF é relevante para os serviços (DGAEP, 2018).

Os vários estudos empíricos referentes à aplicação da CAF em organismos públicos, não pertencentes à área da saúde, permitem concluir que a autoavaliação realizada fornece um diagnóstico fiel da organização (Guerra, 2012), permitindo detetar os principais pontos fortes e áreas de melhoria (Cândido, 2014; Monteiro, 2009; Nogueira, 2008; Pedreira, 2008). Salientam, também, que este modelo permite a realização de planos de melhoria para colmatar as vulnerabilidades detetadas e desenvolver as potencialidades que se registaram (Cândido, 2014; Correia, 2016; Guerra, 2012).

Os diversos estudos consultados sugerem que a aplicação do modelo é comprovadamente eficaz no sentido de direcionar as organizações públicas rumo à excelência na gestão, em especial na melhoria da comunicação e integração interdepartamental. Por outro lado, também foi possível identificar que o comprometimento da

gestão de topo, assim como a existência de estrutura prévia de qualidade na organização são fatores essenciais para o sucesso na implantação da CAF (Alves, 2018; Cândido, 2014; Monteiro, 2009; Nogueiro, 2008; Pedreira, 2008).

Em síntese, os estudos apresentados demonstraram que a CAF é um modelo que se distingue por ajudar os organismos públicos a usar metodologias de TQM, contribuindo para melhorar de forma eficaz, eficiente e contínua o seu desempenho. Além disso, este modelo tem como vantagem o facto de a avaliação fidedigna apresentada ser conseguida através do debate entre todas as partes interessadas que chegam a um consenso sobre o rumo que a organização deve tomar para melhorar o estado atual. Por outro lado, a CAF, fruto das avaliações periódicas estabelecidas, consegue manter uma ligação constante entre os objetivos a atingir e o desempenho da organização através do foco nas atividades onde os esforços são mais necessários.



## **PARTE II - TRABALHO EMPIRICO**



## **1. METODOLOGIA**

A metodologia é um dos aspetos basilares de todo o desenho de investigação, pois é através desta que se estuda, descreve e explica os métodos que vão ser aplicados ao longo do trabalho, de modo a sistematizar os procedimentos adotados durante as fases, procurando garantir a validade e a fiabilidade dos resultados. Na fase metodológica são determinados os métodos a utilizar durante o processo de investigação, com vista a dar resposta às questões colocadas (Fortin, 2009).

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos adotados, a questão de investigação, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, procedimentos de colheita e tratamento de dados e os procedimentos éticos adotados.

### **1.1.Problemática e justificação do estudo**

Conforme referido, a realização deste trabalho obedece a um procedimento metodológico, sendo necessário identificar-se o problema de pesquisa na área temática de interesse. Como tal, o objetivo da investigação é “solucionar” o problema, ou contribuir para a sua solução, através da acumulação de informações relevantes (Polit & Beck, 2018).

Através da pesquisa bibliográfica efetuada, procurou-se definir os contornos deste estudo numa perspetiva abrangente. Explicitaram-se conceitos fundamentais que se relacionam com a avaliação da qualidade organizacional de um serviço de saúde, mais concretamente num Serviço de Saúde Ocupacional (SSO).

A qualidade, desde sempre, desempenhou um papel importante no sector da saúde, embora o seu significado tenha evoluído, ao longo dos tempos. Inicialmente, qualidade estava associada ao respeito pelas normas e pelos procedimentos, à conformidade com a lei (Carapeto & Fonseca, 2006).

Consideramos que as organizações de saúde, para enfrentar os desafios diários necessitam de adotar novos modelos de gestão da qualidade de serviços, que integre as perspetivas da gestão das expectativas e a perspetiva da gestão das perceções. Neste sentido, fomos estudar os modelos de avaliação da qualidade, mais concretamente a CAF, modelo de autoavaliação organizacional.

A convicção sobre a importância dos autodiagnósticos organizacionais, enquanto alavancas de processos de melhoria de qualidade do serviço para a aplicação da CAF nos serviços de saúde, potenciando processos de *benchmarking*, motivou este projeto de investigação, que visa dar um contributo para a aplicação do processo de autoavaliação da qualidade dos serviços de SSO.

O tema escolhido foi a qualidade de um serviço de saúde ocupacional, tendo por base a subsequente questão como ponto de partida: **Como é que os colaboradores do SSO percecionam a qualidade organizacional, através da aplicação do instrumento CAF, enquanto ferramenta de autoavaliação do desempenho organizacional?**

Perante o descrito foi delineado como **objetivo geral**: Analisar a qualidade organizacional de um SSO, com base no modelo CAF.

Como **objetivos específicos**:

- i) Avaliar a qualidade organizacional do SSO em estudo, utilizando a metodologia CAF;
- ii) Identificar os pontos fortes e áreas de melhoria do SSO decorrentes do processo de autoavaliação;
- iii) Propor plano de ação para a melhoria da qualidade organizacional do SSO;
- iv) Compreender o papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional.

## 1.2.Tipo de Estudo

Foi utilizado como método de pesquisa o estudo de caso único exploratório e descritivo de abordagem mista (Yin, 2015) na medida em que o que se pretende é uma descrição rica do fenómeno que está a ser estudado – “como”, aplicado a uma única entidade, mais concretamente a um serviço de saúde no trabalho – foco contemporâneo no seu contexto real (Yin, 2015).

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. É caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, cujos “casos” podem ser

indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Yin (2015) apresenta o estudo de caso como uma metodologia apropriada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. O mesmo autor defende que se trata de um método adequado quando se pretende definir os tópicos de investigação de uma forma abrangente, considerando a influência do contexto em que ocorre o fenómeno em estudo e as variadas fontes de evidência. Este autor acrescenta ainda que, pelo facto de inúmeras vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que este ocorre, é geralmente necessário, usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos.

Streubert & Carpenter (2013) defendem que nos estudos de caso o objetivo do investigador é desenvolver uma descrição rica e rigorosa do fenómeno, pelo que para atingir esta finalidade a escolha adequada do contexto e dos participantes é crucial.

Com este tipo de estudo é feita investigação aprofundada da realidade a partir do interesse em compreender os fenómenos complexos numa perspetiva holística e significativa para o conhecimento. Nesta perspetiva visa-se uma concentração do todo e não alguma particularidade ou diferenciação (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

O presente estudo incide sobre avaliação da qualidade organizacional de um SSO de uma Instituição Pública do sector bancário. Assim, e tendo em conta os objetivos anteriormente expressos, o desenho do nosso estudo assenta numa abordagem mista, com utilização de técnicas quantitativas e qualitativas em fases distintas. Segundo Creswell (2014), o recurso a abordagens quantitativas e qualitativas proporciona uma melhor compreensão de um problema do que qualquer das abordagens por si só.

O estudo de caso orienta-se por sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação, provenientes de diversas fontes (Yin, 2015), sendo que foi utilizada a aplicação de questionários, preenchimento de grelhas de autoavaliação com base na metodologia CAF e entrevistas semiestruturadas para obter informação de natureza diversa, e posteriormente estabelecer confrontações entre os dados para robustez da análise, com o cruzamento dos dados dos questionários e da autoavaliação com os dados das entrevistas (Yin, 2015).

Este estudo de caso tem por objetivo, no respetivo contexto, descrever e analisar o processo de autoavaliação, através da ferramenta CAF, explicando e demonstrando a sua aplicação no SSO, elaborando, posteriormente, orientações concretas para a melhoria organizacional desta unidade orgânica.

### **1.3. Métodos e procedimentos de recolha e tratamento de dados**

A qualidade dos procedimentos de recolha de dados assegura a fidedignidade dos dados obtidos pelo investigador.

O fenómeno em estudo pode ser compreendido sob diversas perspetivas, assumindo vários modos de compreensão. Deste modo, pode ser fundamental o recurso a “mais do que uma estratégia de colheita de dados para compreender bem um fenómeno” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 18).

Considerando os objetivos definidos, foram utilizadas estratégias múltiplas de pesquisa de terreno (Burguess, 2001), nomeadamente, a aplicação de questionários a todos os profissionais do SSO (médicos, enfermeiros, psicólogos e administrativos), o preenchimento das grelhas de autoavaliação através de análise documental e a realização das entrevistas semiestruturadas ao gestor intermédio e ao gestor de topo. A aplicação da ferramenta CAF é gratuita e disponibilizada pela DGAEP.

**Na primeira fase** foram aplicados questionários a todos os profissionais. O questionário aplicado foi elaborado tendo em conta os critérios do Modelo CAF, sofrendo as adaptações adequadas ao contexto dos cuidados em Saúde Ocupacional.

Assim, foi selecionada uma parte da ferramenta CAF e não o seu todo, tendo sido adotado quatro critérios da dimensão de meios (liderança, planeamento e estratégia, pessoas e processos) e um critério da dimensão de resultados (resultados relativos às pessoas). O questionário final integrava questões fechadas, mistas e/ou abertas. Foi realizado pré-teste com 2 dos colaboradores a quem foi solicitada o seu preenchimento com o objetivo de verificar se as questões eram bem compreendidas, tendo em conta que não houve alterações no questionário os dados foram integrados no estudo. Segundo Fortin (2009) esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões. O questionário final (Apêndice II) foi aplicado em Novembro de 2019 a

todos os colaboradores do SSO, cuja população é constituída por um total de 23 colaboradores.

O questionário foi dividido em duas partes e colocado em dois envelopes para garantir a confidencialidade e o anonimato dos respondentes. Foram entregues diretamente pelo investigador a cada colaborador com uma breve explicação acerca dos objetivos do estudo e modo de preenchimento dos mesmos. Após o seu preenchimento os envelopes foram selados e colocados pelos próprios participantes na “urna” para esse efeito. As duas perguntas (p. 19 e 22) abertas foram analisadas conjuntamente através de análise de conteúdo seguindo os mesmos procedimentos da análise das entrevistas e descrito mais à frente neste capítulo. A análise realizada possibilitou a criação de uma grelha de análise (Apêndice III).

O tratamento de dados quantitativos foi realizado com recurso a meios informáticos, nomeadamente o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 25).

Numa **segunda fase**, e utilizando a grelha de autoavaliação do instrumento CAF, realizou-se a autoavaliação da qualidade do SSO, tendo em conta os nove critérios deste modelo e as linhas orientadoras definidas no manual de apoio.

Para preenchimento da grelha de autoavaliação da CAF, foi tido em linha de conta os vários documentos existentes no SSO e que funcionam como instrumentos de autonomia e gestão (Plano de atividades, Regulamento Interno, Manual de Procedimentos Interno, entre outros), bem como outros documentos produzidos anualmente, como atas, guias, planos de intervenção, pareceres, protocolos e relatórios. Foi igualmente tido em conta as linhas orientadoras definidas no manual de apoio ao Modelo CAF para identificação das evidências/iniciativas, bem como dos seus resultados, de modo a analisar e registar cada prática de gestão do SSO.

A grelha de autoavaliação é um instrumento que tem por base de trabalho a identificação de boas práticas e as respetivas evidências para cada um dos critérios e respetivos subcritérios. Através da identificação de evidências, atribuiu-se uma pontuação, devidamente fundamentada, chegando a um resultado final que reflete a avaliação sobre todos os critérios e subcritérios (DGAEP, 2013).

A grelha de autoavaliação baseia-se no modelo disponível no manual de apoio para a aplicação da CAF da DGAEP (Anexo I) e foi preenchida em Dezembro de 2019 pela investigadora. Foi utilizado o sistema de pontuação “avançado” ou *fine-tuned CAF scoring* que foi considerado o mais apropriado por permitir refletir mais pormenorizadamente a análise feita aos subcritérios e pontuar em simultâneo todas as fases do ciclo PDCA em cada subcritério.

O tratamento de dados foi realizado utilizando o programa Excel disponibilizado pelo Modelo CAF.

Por último, **na terceira fase**, de carácter qualitativo, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas de forma a compreender o papel da gestão/liderança na melhoria da qualidade organizacional. A entrevista é uma técnica de recolha de dados muito utilizados na investigação social, sendo considerada por Yin (2015) como um dos instrumentos mais importantes em qualquer estudo de caso.

Bogdan & Biklen (2010) definem, ainda, a entrevista como uma conversa intencional cuidadosamente planeada, que se desenrola entre duas ou mais pessoas, com momentos distintos, com o objetivo de retirar informações sobre outra pessoa. Os mesmos autores destacam que, em investigação qualitativa, as entrevistas podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas.

O guião de entrevista enquanto instrumento de apoio para a colheita de dados estruturou-se em torno dos temas julgados de interesse para a investigação e tendo em consideração os objetivos do estudo e permitiu à investigadora apreender a perspetiva dos líderes sobre a problemática abordada e perceber expectativas, desejos e experiências individuais na área da qualidade organizacional. O guião final (Apêndice IV) foi constituído por dois temas centrais, O papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional e A qualidade nos SSO, e as questões orientadoras foram elaboradas de forma a responder ao objetivo destes temas.

Como referido anteriormente, as entrevistas foram realizadas a duas chefias, o gestor de topo e o coordenador do SSO, em janeiro de 2020. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 30 minutos, foram registadas em áudio e posteriormente transcritas *verbatim*.

As entrevistas foram agendadas de acordo com as disponibilidades dos participantes, realizadas em locais que permitiam sossego e privacidade, áudio gravadas com consentimento, explicitados os objetivos da entrevista e dada garantia de anonimato aos participantes.

Tendo em consideração o tipo de dados recorreu-se à análise temática de conteúdo, como método de análise e tratamento da informação. Todo o processo de tratamento de dados foi realizado manualmente através do programa de tratamento de texto do Office Word 2010.

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2015, p. 47). Consiste na leitura, separação e posterior reorganização das várias partes que constituem um discurso, de modo a, numa lógica heurística, produzir um novo discurso sobre o material empírico, baseado na atribuição de significados, que procure responder à questão orientadora e aos objetivos definidos (Bardin, 2015).

Os dados recolhidos a partir das entrevistas semiestruturadas e recolhidas em registo áudio foram transcritos e procedeu-se, numa primeira fase, a uma leitura em profundidade dos mesmos, com vista à elaboração de uma grelha de codificação.

Após várias leituras flutuantes das duas entrevistas, foi construído o *corpus* da análise, que decorreu da sua transcrição, retirando-se do total das entrevistas o que não dizia respeito ao objeto do estudo. De seguida, procedeu-se ao recorte do texto em unidades de registo. Segundo Bardin (2015, p. 104) unidade de registo “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”.

Posteriormente procedeu-se à codificação de todas as unidades de registo. A codificação corresponde a “um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2015, p. 104). Este processo conduziu à análise temática, isto é, a cada unidade de registo foi atribuído um significado.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido existentes no texto e cuja presença e frequência podem ter significado para o estudo em questão. Isto conduziu à categorização que, segundo Bardin (2015, p. 117) é “... uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Para que a análise seja válida respeitou-se as regras da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2015) devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes.

Depois de todas as unidades de registo terem significado atribuído a terem sido agrupadas em temas, emergiu a codificação em categorias, com as respetivas frequências das unidades de registo, pelo que foi possível delinear uma grelha de análise (Apêndice IV) para as entrevistas realizadas, a partir da qual foi estruturada a apresentação dos dados, ilustrada por excertos elucidativos das posições assumidas pelos entrevistados em relação a cada uma das categorias e subcategorias consideradas.

#### **1.4. Procedimentos éticos**

Numa grande parte das disciplinas científicas, os estudos de investigação abrangem aspetos da atividade humana: comportamentos, estados de saúde dos indivíduos ou grupos, estilos de vida, entre outros.

Contudo, seja qual for o aspeto a ser estudado, a investigação deve ser alicerçada no respeito dos direitos humanos e no cumprimento da Declaração de Helsínquia (Gray, Grove, & Sutherland, 2017). Esta preocupação abrange, também, os estudos de cariz qualitativo, particularmente no que concerne à confidencialidade e à vida privada dos participantes, à relação de proximidade existente entre o investigador e os participantes, o que requer um verdadeiro sentimento de responsabilidade, honestidade e respeito pelos princípios éticos (Gray et al., 2017).

Nas investigações científicas emerge assim, a necessidade de atender aos seguintes princípios: obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pelos grupos vulneráveis; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens

e inconvenientes devendo estes seres reduzidos e as vantagens otimizadas (Gray et al., 2017).

Para a presente investigação, foi realizado um pedido formal para a realização do estudo à Comissão de Ética e Gabinete de *Compliance* e Direção do Departamento de Recursos Humanos da Instituição em estudo (Apêndice I), onde se facultaram todas as informações relativamente ao estudo bem como esclarecimentos e garantia no cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes, bem como proteção dos seus dados de acordo com a Lei nº 67/1998 de 26 de outubro (Lei de Proteção dos Dados Pessoais Portuguesa, 1998) e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoais singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (2016). A recolha de dados decorreu no período compreendido entre os meses de novembro e dezembro de 2019 e janeiro 2020.

O estudo respeitou os princípios de respeito pela autonomia, direito à confidencialidade e anonimato. O grupo de participantes é voluntário e procedeu à assinatura do documento de consentimento livre e informado, após informação do propósito, objetivos e metodologia da investigação e, lhes ter sido assegurado que os dados colhidos serão usados exclusivamente para o estudo. Todos os dados referentes à identificação dos participantes foram omissos na redação do relatório. Assim, a confidencialidade e a privacidade estão salvaguardadas. Foi, igualmente, garantido o anonimato e a privacidade de todos os participantes e do local do estudo. Foi também assegurada a natureza confidencial do instrumento de colheita de dados através separação do questionário em duas partes e do fornecimento de dois envelopes posteriormente selados pelos participantes por forma a garantir que nunca seriam identificados.

Os documentos e dados pessoais e não-pessoais serão, no fim do presente estudo, destruídos pelo investigador, ou em caso de sua impossibilidade, por terceiros.



## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos, tendo por base os dados recolhidos através dos instrumentos aplicados (questionários, grelhas de autoavaliação e entrevistas). Posteriormente será realizada a análise e discussão dos referidos resultados, de acordo com o contexto e literatura mais recente sobre a temática.

### 2.1. Apresentação dos resultados

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva simples, na medida em que, como refere Fortin (2009), este tipo de estudos visa compreender fenómenos vivenciados por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação. Importa referir que foram entregues e recolhidos 23 questionários, que correspondem à totalidade dos profissionais em funções no SSO em estudo.

Para uma melhor leitura, serão utilizados gráficos e/ ou tabelas, sempre que necessário, devidamente numerados e por ordem sequencial.

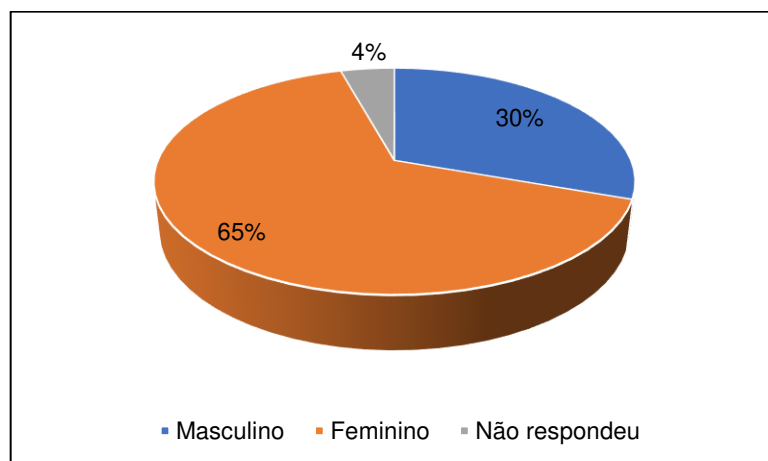
#### 2.1.1. Opinião dos profissionais

A apresentação e análise dos resultados dos questionários relativos à opinião dos profissionais terá em conta os critérios do Modelo CAF e terá início com a caracterização sociodemográfica da amostra, com o objetivo de traçar o seu perfil, quanto ao sexo, idade, categoria profissional, tempo de atividade profissional e tempo de atividade profissional na organização em estudo.

#### **Caracterização sociodemográfica**

Relativamente ao **sexo**, pode verificar-se, que nos profissionais participantes no estudo (n=23) predomina o sexo feminino (65,2%), enquanto a percentagem do sexo masculino manteve-se nos 37,28%, como apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição de Profissionais por Sexo



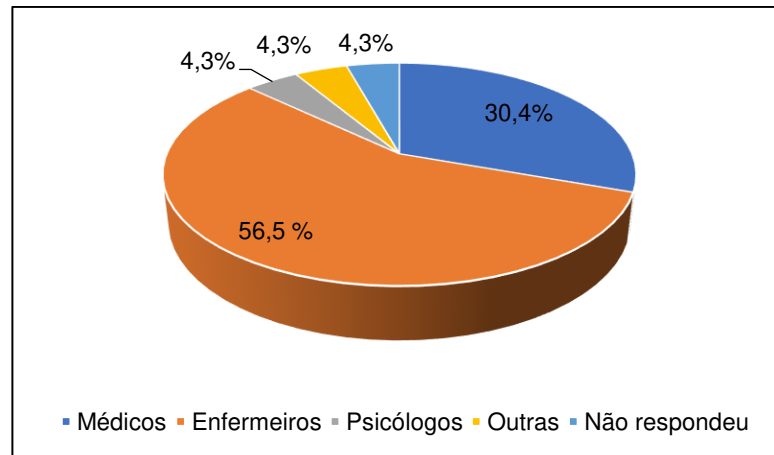
Quanto à **idade**, verifica-se que a maioria dos participantes pertence ao intervalo de idades entre os 30 e 35 anos, o que equivale a 58,75% dos profissionais, com desvio padrão de 11,9 anos, indicativo de que existe dispersão em torno da média amostral. A idade variou entre um valor mínimo de 31 anos e um valor máximo de 67 anos, com uma moda de 32 anos, como pode ser observado na **Tabela 1**.

Tabela 1- Distribuição dos Profissionais por Idades

Idades	N	Percentagem	Média	Moda	Desvio Padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
30-35	7	30,4%	45,6	32	11,9	31	67
36-41	3	13,1%					
42-47	3	13,1%					
48-52	1	4,3%					
53-58	4	17,4%					
59-64	3	13,1%					
>65	1	4,3%					
Não respondeu	1	4,3%					
TOTAL	23	100 %					

Quanto à **categoria profissional**, constata-se que o maior grupo participante, pertence à categoria de Enfermeiro, com 56,5%, seguindo-se Médicos, com 30,4%, Psicólogos, 4,3% e por fim Outras com 4,3%, como se observa no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos profissionais por categoria profissional



No que diz respeito ao **tempo de exercício profissional** (tabela 2), este varia entre os 8 e os 45 anos, estando 47,8% dos profissionais na segunda década de atividade profissional. A média de anos de atividade profissional situa-se nos 19,5 anos, com desvio padrão de 11,8 anos, verificando-se que o tempo de atividade profissional para metade dos profissionais é igual ou inferior a 19 anos.

Tabela 2- Distribuição dos Profissionais por Tempo de Exercício Profissional

Anos	N	Percentagem	Média	Moda	Desvio Padrão	Tempo Mínimo	Tempo Máximo
0-9	3	13,1%	19,5	10	11,8	8	45
10-19	11	47,8%					
20-29	2	8,6%					
30-35	3	13,1%					
>36	3	13,1%					
Não respondeu	1	4,3%					
TOTAL	23	100 %					

Observando os dados do Tabela 3 constata-se que o **tempo de exercício profissional** dos profissionais na organização atual varia entre 6 meses e 35 anos, com uma média de 8,9 anos e desvio padrão de 10,3 anos, verificando-se que mais de metade dos enfermeiros estão na organização há menos de 10 anos.

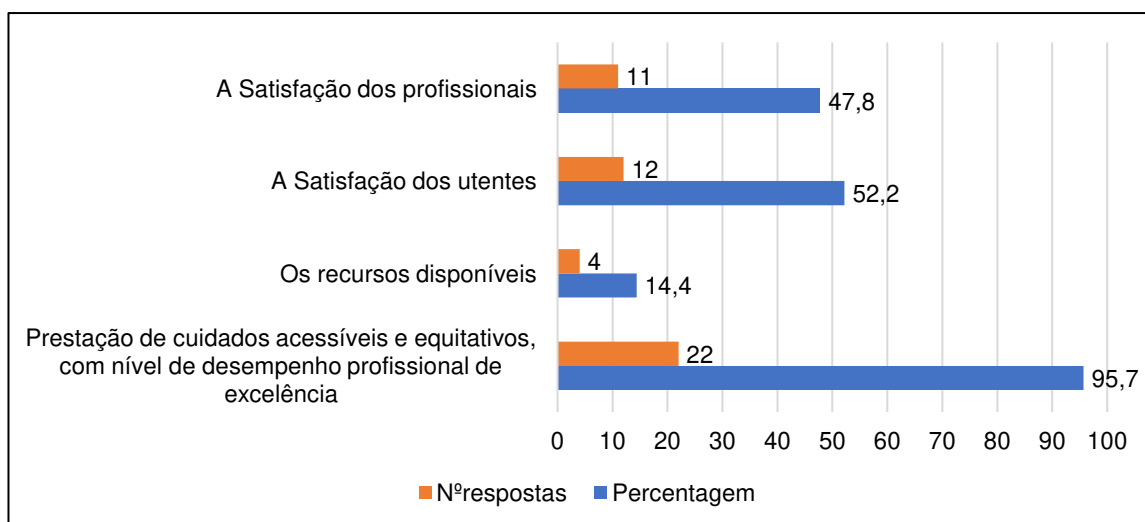
Tabela 3-Distribuição dos Profissionais segundo o Tempo de Exercício Profissional no SSO

Anos	N	Percentagem	Média	Moda	Desvio Pa- drão	Tempo Mí- nimo	Tempo Má- ximo
0-9	15	65,2%	8,9	1	10,3	1	35
10-19	4	17,4%					
20-29	0	0%					
30-35	3	13,1%					
>36	0	0%					
Não respondeu	1	4,3%					
TOTAL	23	100 %					

### Dimensões da Qualidade Organizacional

A primeira questão da II parte do questionário pretende identificar a forma como os profissionais se posicionam relativamente às dimensões da qualidade organizacional em saúde, como se pode verificar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Dimensões da Qualidade Organizacional em Saúde Valorizadas

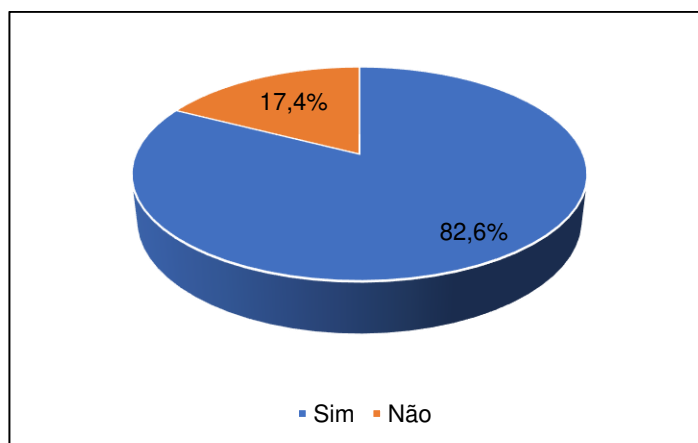


Relativamente à opinião acerca das dimensões da Qualidade, 95,7% respondeu que a Qualidade está relacionada com “Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com nível de desempenho profissional de excelência”, parecendo consensual que as dimensões da equidade e da acessibilidade são as mais valorizadas, seguindo-se a dimensão da “A Satisfação dos utentes “ e “ A Satisfação dos profissionais”, e por último “ Os Recursos disponíveis”.

## Missão, Visão e Valores

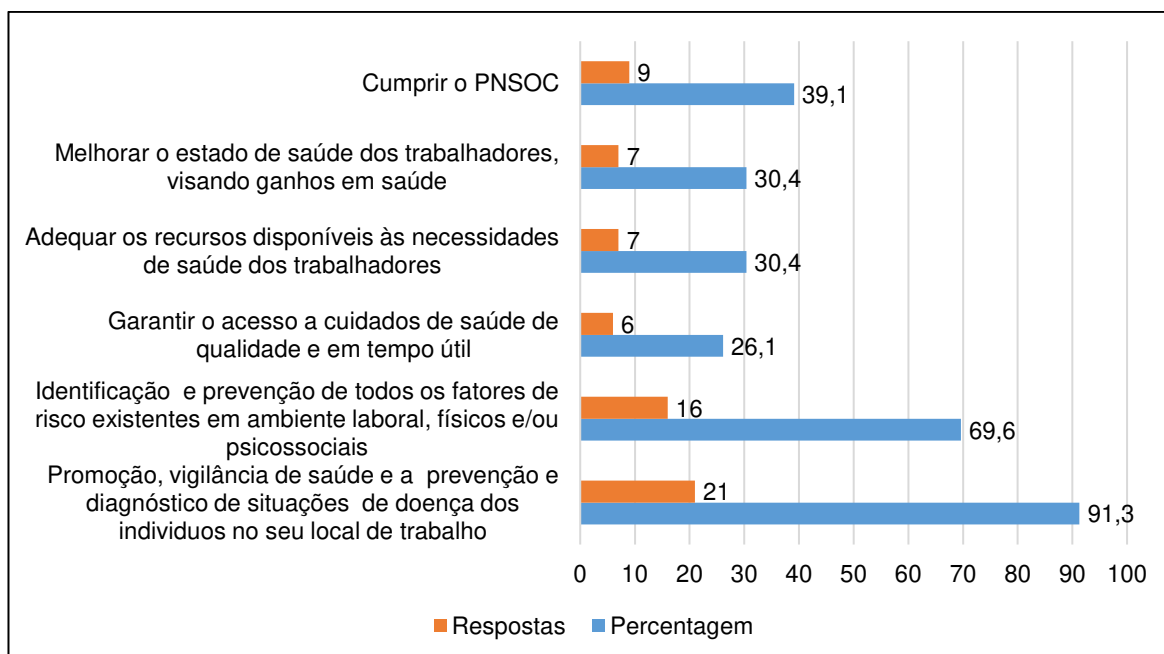
Conhecidos os documentos que enunciam a missão, visão e valores desta unidade, questiona-se em que medida são do conhecimento dos profissionais que lá exercem funções.

Gráfico 4 – Distribuição das respostas sobre o conhecimento da Missão do SSO



O Gráfico 4 evidencia que a maioria (82,6%) afirma conhecer a missão do SSO. Para definir a “Missão do Serviço de Saúde Ocupacional” responderam a totalidade dos profissionais, embora 17,4% refira desconhecer a mesma.

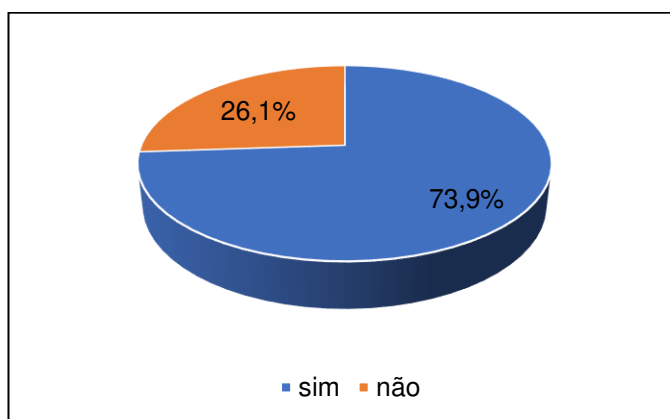
Gráfico 5 – Distribuição das respostas sobre a Missão do SSO



Relativamente à missão, a resposta que reuniu maior consenso foi “Promoção, vigilância da saúde e a prevenção e diagnóstico de situações de doença dos indivíduos no seu local de trabalho” com cerca 91,3% das respostas, logo seguido da “Identificação e prevenção de todos os fatores de risco existentes no ambiente laboral, físicos e/ou psicossociais” com 69,6%, como é possível verificar no gráfico acima.

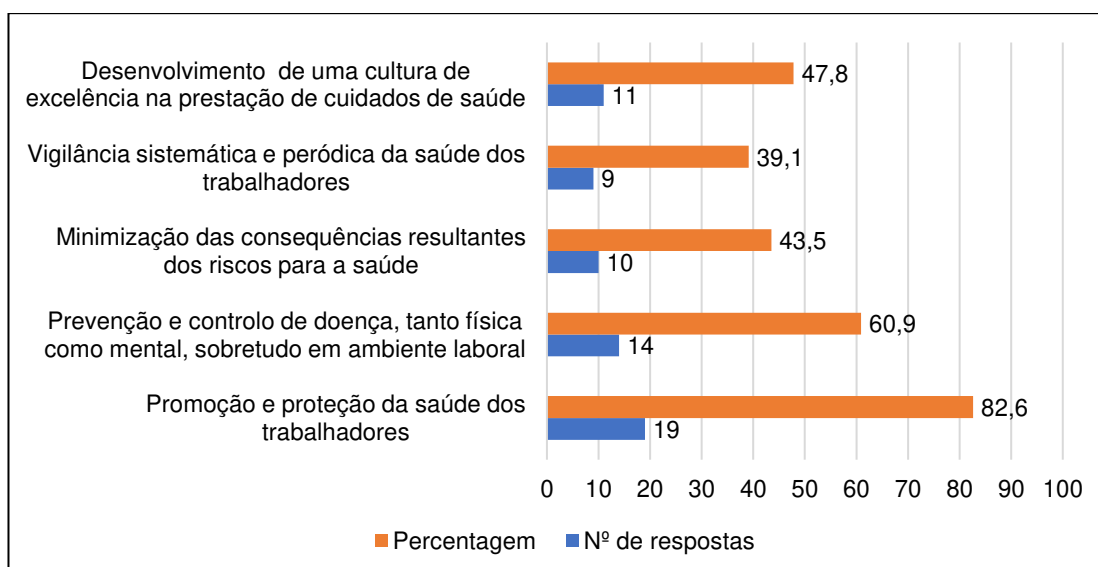
Quando questionados sobre o seu conhecimento da Visão 73,9% dos respondentes afirmam conhecer e 26,1% refere não conhecer.

Gráfico 6 – Distribuição das respostas sobre o conhecimento da Visão do SSO



Dos profissionais que afirmam conhecer (73,9%), 55,6% refere ter sido transmitido pelos responsáveis e 22,2% pelos colegas de trabalho. Só um número reduzido tomou conhecimento da Visão por consulta do manual de procedimentos e/ou regulamento interno.

Gráfico 7 - Distribuição das respostas sobre a Visão do SSO



O gráfico 7 evidencia as respostas dos profissionais quando questionados sobre a Visão do SSO. A grande maioria dos profissionais (82,6%) refere ser o item “Promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, seguido de 60,9 % que refere ser “Prevenção e controlo de doença, tanto física como mental, sobretudo em ambiente laboral”. Apenas 39,1% refere ser a “Vigilância sistemática e periódica da saúde dos trabalhadores”.

Relativamente aos Valores do SSO, quando questionados os profissionais deram maior ênfase aos valores “Qualidade e Excelência” com 95,7% das respostas, seguido de “Espírito de Equipa e Responsabilização” com cerca de 47,8% das respostas. De salientar que os valores “Inovação e Impacto na Organização”, “Dignificação e Reconhecimento” e “Produtividade e Satisfação” obtiveram cerca de 43,5% de respostas.

## Liderança

Procurou-se identificar a opinião dos profissionais acerca da forma com o coordenador lidera, motiva, apoia e serve de modelo aos profissionais de saúde, promovendo uma cultura de inovação e de melhoria, expressa na tabela seguinte.

*Tabela 4 – Estatísticas relativas à Liderança do SSO*

Nº de item	Itens	Média	Dp	Mediana	Min	Max
1	Liderança através do exemplo	3,65	0,714	4,00	1	4
2	Demonstração de empenho nos processos de mudança	3,69	0,470	4,00	3	4
3	Aceitação de sugestões de melhoria	3,78	0,422	4,00	3	4
4	Atuação de acordo com os objetivos e valores definidos	3,87	0,548	4,00	3	5
5	Delegação de competências e responsabilidades	3,56	0,589	4,00	2	4
6	Promoção de ações de formação	3,47	0,845	4,00	2	4
7	Promoção da autonomia dos colaboradores, da sua capacidade de inovação e atitudes pró-ativas	3,69	0,470	4,00	3	4
8	Reconhecimento e atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas	3,69	0,973	4,00	2	5
9	Ajudar os profissionais a atingir os planos e objetivos individuais na prossecução dos objetivos organizacionais	3,82	0,650	4,00	3	5
10	Adequação do tratamento dado aos profissionais, às suas necessidades e situações em causa	3,52	0,593	3,00	3	5
11	Partilha de informação relevante com os profissionais	3,73	0,540	4,00	3	5

A maioria dos respondentes concorda totalmente (73,9%) ou concorda (21,7%) que a coordenação da Unidade Funcional lidera através do exemplo, atuando de acordo com os objetivos e valores estabelecidos. Apenas um respondente (4,3%) discorda totalmente. Opinião semelhante surge quanto à demonstração de empenho no processo de mudança. A totalidade dos profissionais inquiridos concorda (30,4%) ou concorda totalmente (69,6%) que o coordenador do SSO demonstra vontade pessoal para a mudança solicitando críticas construtivas.

Relativamente à opinião sobre a liderança da Unidade quanto à aceitação de sugestões de melhoria a maioria dos profissionais concorda totalmente (78,33%) que existe encorajamento e apoio por parte do coordenador para que os profissionais apresentem sugestões para a inovação e melhoria do quotidiano de trabalho. A delegação de competências e responsabilidades parece estar presente, tendo em conta que 60,9% dos profissionais concorda totalmente e 34,8% concordam que estão criadas condições para a delegação de poderes, responsabilidades e competências, incluindo prestação de contas. De um modo geral a maioria dos profissionais (43,5% concorda totalmente e 34,8% concorda) considera que é promovido o acesso à formação, promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal dos colaboradores.

Também na opinião de grande maioria dos profissionais (69,6% concorda totalmente e 30,4% concorda) a liderança desta unidade promove a autonomia dos seus colaboradores, a sua capacidade de inovação e atitudes pró-ativas. A opinião sobre o reconhecimento a atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas é muito diversa, no entanto 39,1% concorda e 26,1% concorda totalmente que o coordenador faz o que está ao seu alcance no reconhecimento dos esforços individuais e das equipas. No entanto, cerca de 26,1% não sabe ou não responde e cerca de 8,7% dos profissionais discorda.

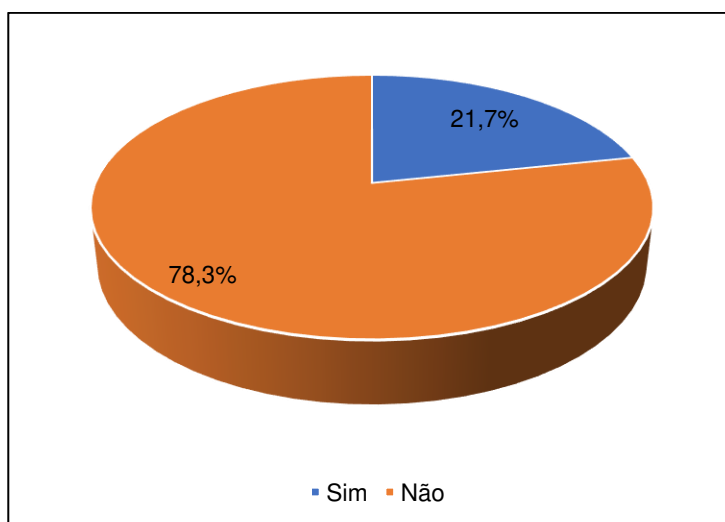
O papel da liderança no respeito e gestão das necessidades individuais e situações pessoais parece estar de acordo com as expectativas dos profissionais. A maioria (52,2%) concorda e ainda 43,5% concorda totalmente com a adequação da liderança do SSO ao tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa. A partilha de informação relevante parece ir ao encontro das necessidades sentidas pelos profissionais, na medida em que a maioria concorda totalmente (65,2%) com a informação que lhe é proporcionada pela liderança sobre os assuntos relevantes relacionados com a organização.

Em síntese, verifica-se, pelos valores apresentados na tabela 4 que os profissionais do SSO parecem concordar com a forma como a liderança os motiva e apoia, servindo de exemplo.

### Planeamento e Estratégia

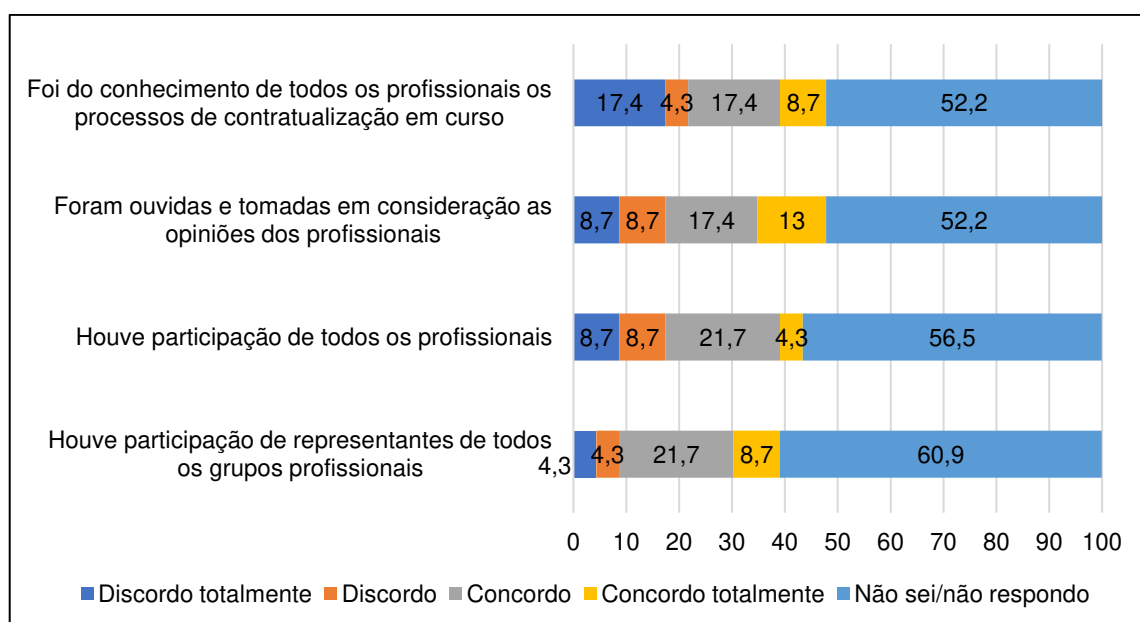
É papel da liderança recolher e analisar de forma sistemática informação sobre as partes interessadas, respetivas necessidades e expectativas. O gráfico 8 mostra que 78,3% dos colaboradores responde que não são realizados inquéritos aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas expectativas e necessidades. Apenas 21,7% referem que sim, sendo que 13% afirma que a periodicidade destes inquéritos é anual e 8,7% não sabe/ não responde.

*Gráfico 8 – Distribuição das respostas sobre a realização de inquéritos aos profissionais*



O gráfico 9 mostra a opinião dos profissionais relativamente à participação na elaboração do plano de atividades desta Unidade. As opiniões diferem. Existem cerca de 60,9% dos profissionais que não sabe ou não responde. Apenas 21,7% concorda.

Gráfico 9 – Opinião dos profissionais sobre a participação na elaboração do plano de atividades do SSO



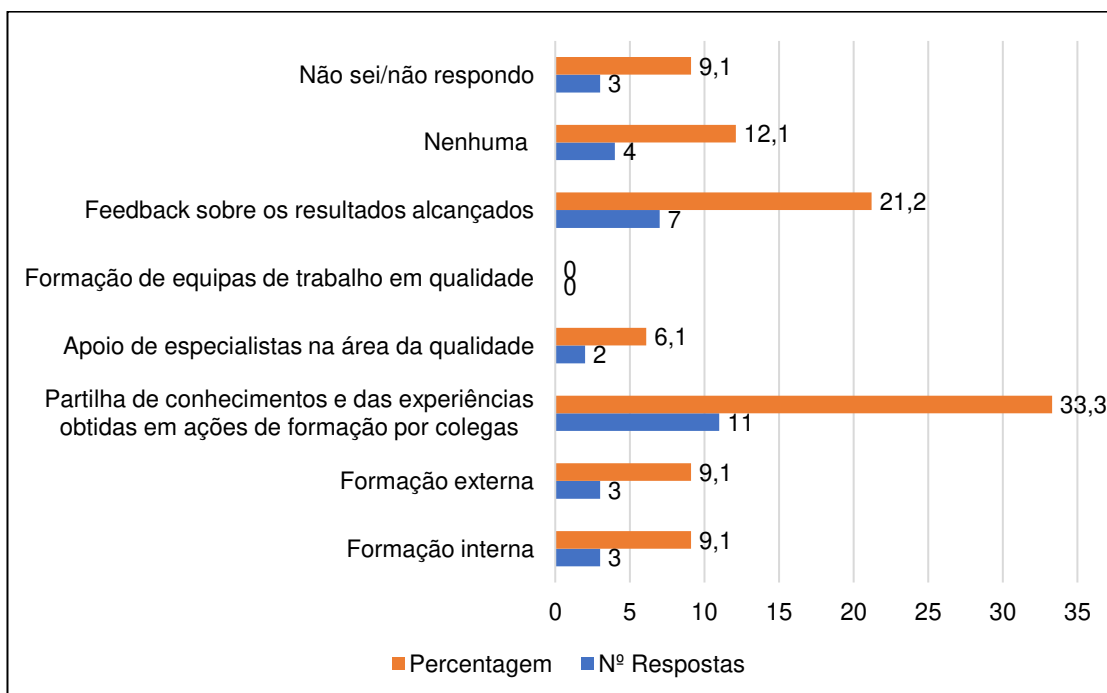
Os profissionais desta Unidade funcional quando questionados sobre as estratégias utilizadas para divulgar o conteúdo dos planos de atividade 58,3% não sabe ou não responde. 12,5% Afirma que a divulgação do plano foi realizado por reuniões e 29,2% por correio eletrónico.

## Pessoas

Para atingir as metas e objetivos organizacionais há necessidade de articulação com os objetivos individuais, sendo que para isso contribui a identificação das competências atuais dos profissionais, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Segundo os respondentes deste SSO, a estratégia mais utilizada no início de funções dos profissionais foi o período de integração/ tutoria com 79,2% das respostas, 8,3% refere que beneficiou de formação específica e cerca de 12,5% não sabe ou não responde. Quando questionados os profissionais do SSO sobre as iniciativas que beneficiaram para o desenvolvimento de novas aptidões e competências, as respostas divergem como é possível verificar no gráfico 10, evidenciando-se que a formação por colegas aparenta ser a estratégia mais utilizada.

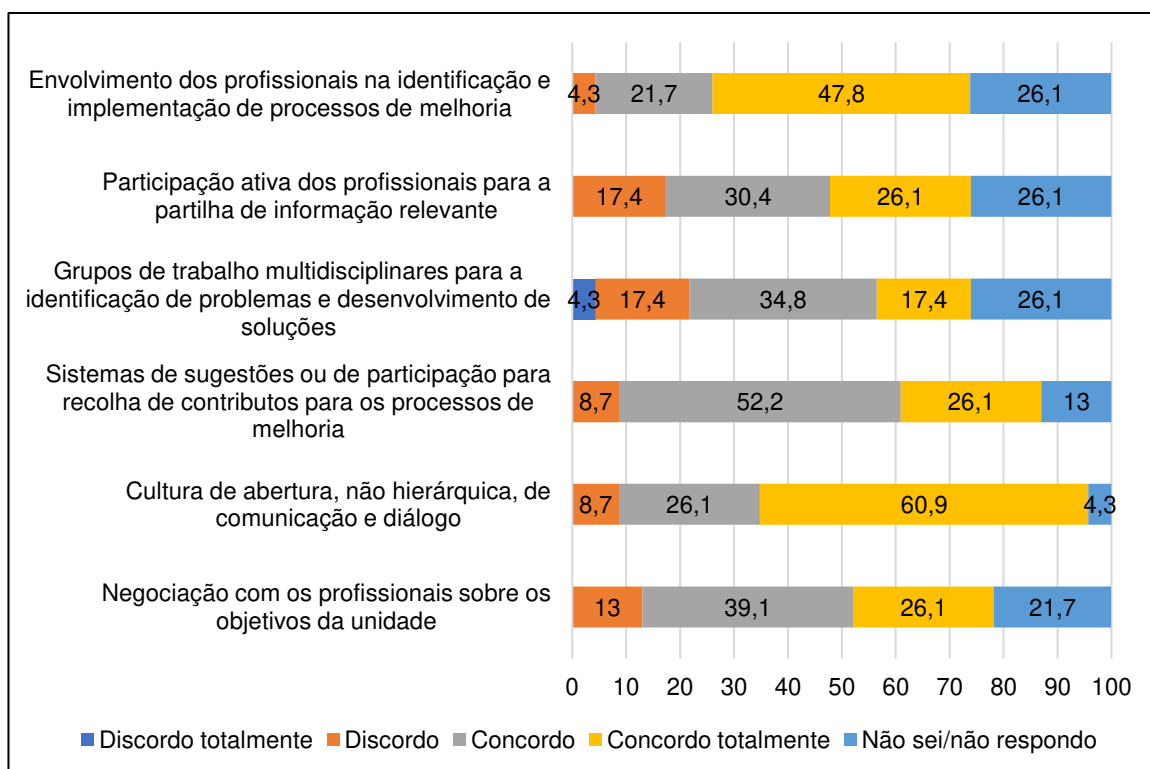
Gráfico 10 - Distribuição das respostas relativamente às iniciativas para desenvolvimento de novas competências e aptidões



Os profissionais do SSO foram também questionados sobre o grau de autonomia no desempenho das suas funções. Foi apresentada uma questão com uma escala de likert de 5 pontos (1=nunca a 5=sempre). Dos respondentes, 52,2% situaram-se em “5” (sempre), 39,1% em “4” (frequentemente) e apenas 8,7% se situou no “2” (ocasionalmente).

O envolvimento dos profissionais é desejável desde o desenvolvimento de planos, estratégias, objetivos, conceção de projetos, até identificação e implementação de melhorias, para que a organização assegure o eficaz funcionamento dos processos. Foram auscultados os profissionais sobre o seu envolvimento nos planos de atividades, objetivos, estratégias e projetos, conforme é possível verificar no gráfico 11.

Gráfico 11 – Distribuição das respostas dos profissionais sobre o seu envolvimento nos planos, estratégias, objetivos e projetos do SSO



É possível verificar que a maioria dos profissionais considera existir negociação com os profissionais sobre os objetivos da unidade, 39,1% concorda e 26,1% concorda totalmente, havendo ainda cerca de 13% que discorda. Sobressai uma percentagem de cerca 21,7% de profissionais que não sabe ou não responde.

Quando interrogados sobre a existência de uma cultura de abertura, comunicação e diálogo a maioria concorda (60,9% concorda totalmente e 26,1% concorda) enquanto 8,7% discorda. Os profissionais foram também inquiridos se consideram existir sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria, 52,2% dos profissionais concorda, 26,1% concorda totalmente e 8,7% discorda. Registou-se ainda cerca de 13% que não sabe ou não responde.

Quando inquiridos sobre se consideram que existe grupos de trabalho multidisciplinares para a identificação dos problemas e desenvolvimento de soluções os profissionais dividem-se. Cerca de 34,8% concorda e 14,4% concorda totalmente. No entanto 17,4% discorda, 4,3% discorda totalmente e 26,1% não sabe ou não responde. Indagados sobre a existência de participação ativa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna como reuniões para partilha de informação

relevante as opiniões divergem. 30,4% concorda e 26,2% concorda totalmente, enquanto 17,4% discorda e 26,1% não sabe ou não responde.

Por último, quando interrogados sobre se consideram que existe envolvimento dos profissionais na identificação e implementação dos processos de melhoria no SSO, 47,8% dos profissionais concorda totalmente e 21,7% concorda enquanto 26,1% não sabe ou não responde e 4,3% discorda.

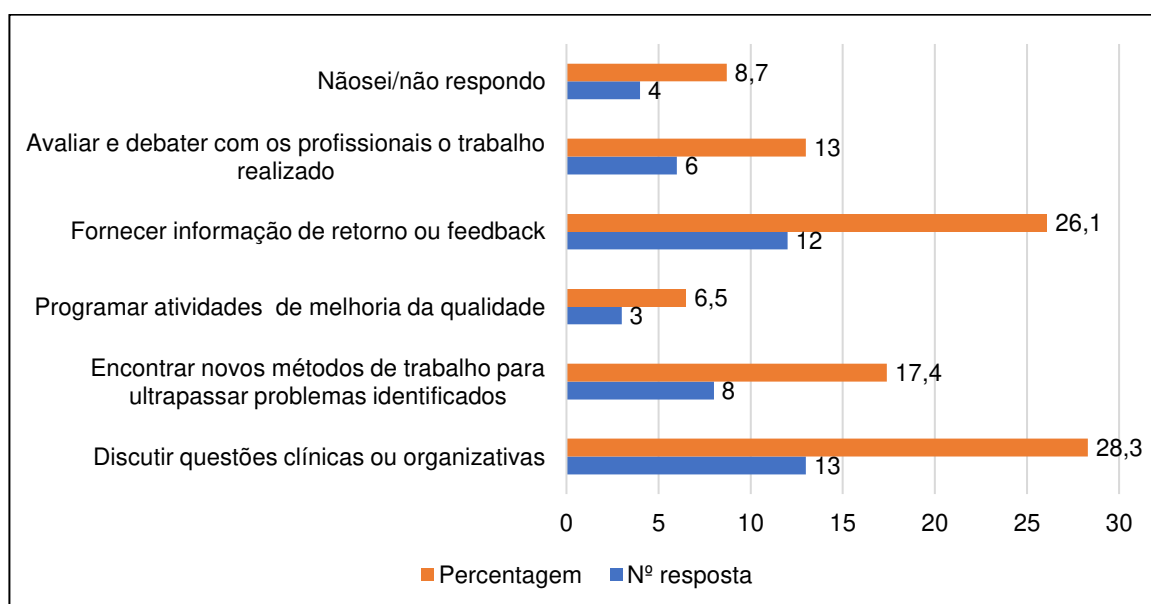
## **Processos**

Este critério analisa o modo como a organização identifica, gere, melhora e desenvolve os seus processos-chave, tendo em conta que são eles que permitem a implementação do planeamento e estratégia. O desenvolvimento dos processos vai permitir a inovação e a criação de valor acrescentado para os cidadãos, neste caso, os clientes do SSO.

Avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado, discutir questões clínicas ou organizativas, encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, fornecer informação de retorno ou feedback, sobre o trabalho realizado e programar atividades de melhoria da qualidade são aspetos importantes e que podem ser trabalhados em reuniões de serviço.

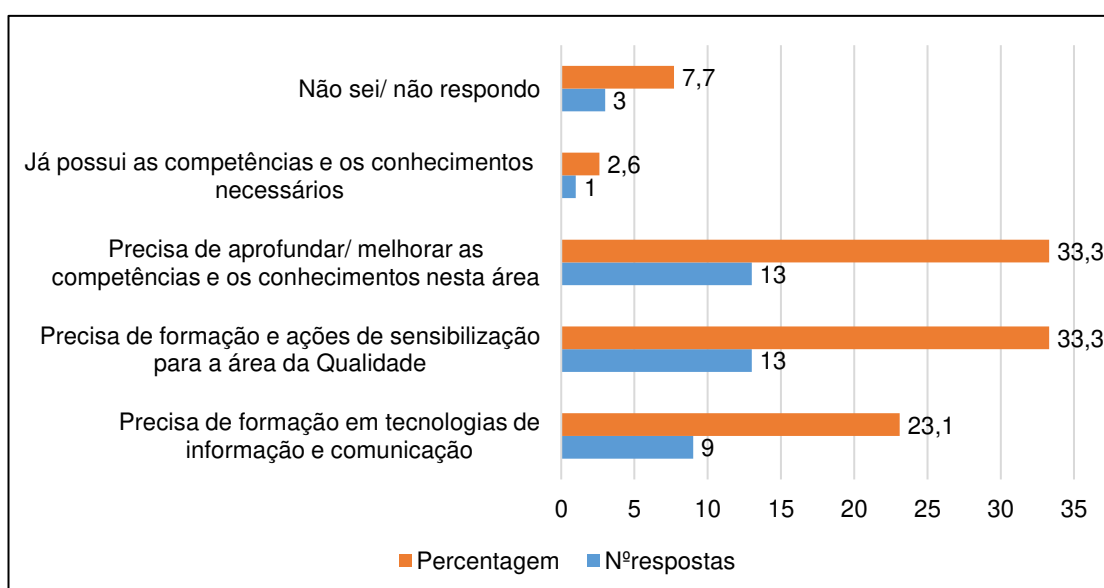
Indagados os profissionais sobre o objetivo da sua participação em reuniões com os responsáveis e colegas 28,3% afirma que foi para discutir questões clínicas ou organizativas, 26,1% para fornecer informação de retorno ou feedback sobre o trabalho realizado, 17,4% para encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, 6,5% para programar atividades de melhoria da qualidade, 13% para avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado e 8,7% não sabe ou não responde, como é possível verificar no gráfico 12.

Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos profissionais relativamente aos objetivos da sua participação em reuniões



Tendo em conta que a inovação e as novas tecnologias surgem a um ritmo acelerado, os profissionais do SSO foram questionados sobre como reagiriam se lhe fosse pedido para desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como por exemplo novas aplicações informáticas. Numa escala de *likert*, de 1=reação nada favorável a 5=reação muito favorável os profissionais declararam a sua reação como favorável (47,8%) e muito favorável (39,1%).

Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos profissionais relativamente às necessidades sentidas para aderir a projetos de mudança que visem a melhoria da Qualidade

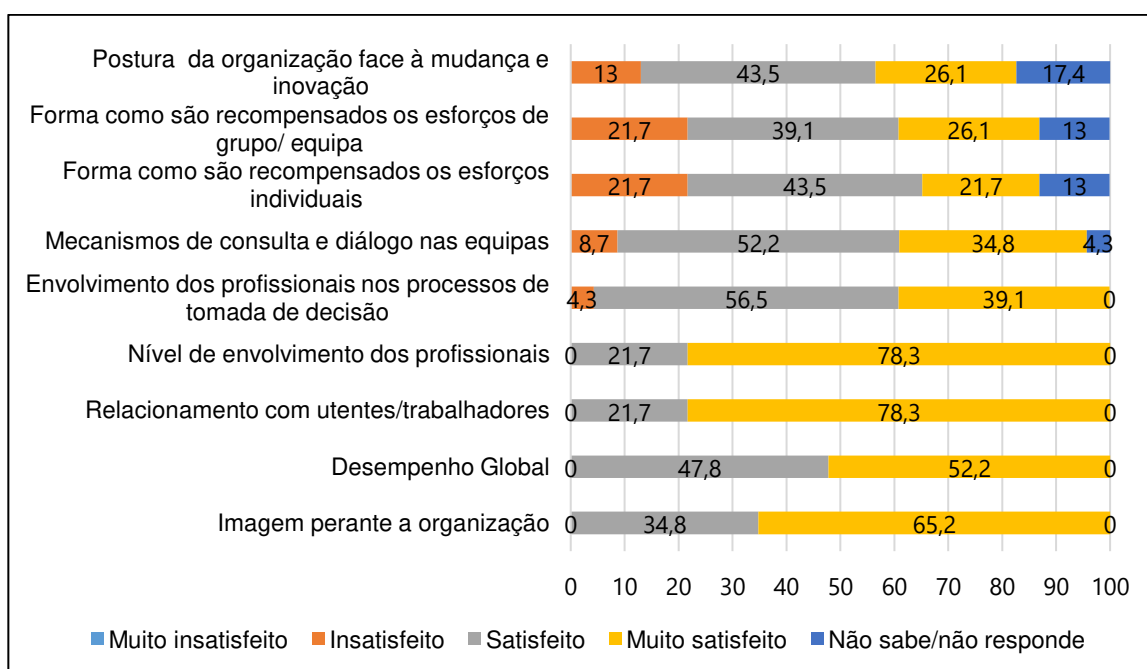


Para aderir a projetos de mudança que visem a qualidade do serviço prestado torna-se necessário o envolvimento de todos os profissionais. Consultados sobre as necessidades sentidas para aderir a um projeto de mudança, cerca de 33,3% dos profissionais considera que necessita de formação e ações de sensibilização na área da qualidade e aprofundar/ melhorar as competências que já tem nesta área. Contudo existe ainda uma percentagem de profissionais que considera necessitar de formação em tecnologias de informação e comunicação (23,1%) e apenas 2,6% considera já possuir as competências necessárias. Só 7,7% de profissionais respondem que não sabem ou não respondem (gráfico 13).

## Resultados das Pessoas

Este critério inclui a imagem que os colaboradores têm da organização e da respetiva missão, dos sistemas de liderança e gestão, do ambiente de trabalho, do desenvolvimento das competências individuais e das carreiras assim como dos produtos ou serviços que a organização oferece. Pretendeu-se, assim, medir a satisfação global dos profissionais que exercem funções no SSO, conforme é possível verificar no gráfico 14.

Gráfico 14- Distribuição das respostas dos profissionais relativamente ao grau de satisfação global



No que respeita à imagem do SSO perante a Instituição a maioria dos profissionais (65,2%) revelou-se muito satisfeito e 34,8% satisfeito. O grau de satisfação face ao desempenho global da unidade para a Instituição, utentes e outras partes interessadas é elevado, surgindo em 52,2% dos profissionais a resposta de muito satisfeito e em 47,8% a resposta de satisfeito.

Inquiridos sobre o grau de satisfação relativamente ao relacionamento com os utentes/trabalhadores, cerca de 78,3% encontra-se muito satisfeitos e 21,7% satisfeitos, não existindo profissionais insatisfeitos. Os resultados relativos ao nível de envolvimento dos profissionais, a grande maioria (78,3%) encontra-se muito satisfeito e 21,7% estão satisfeitos.

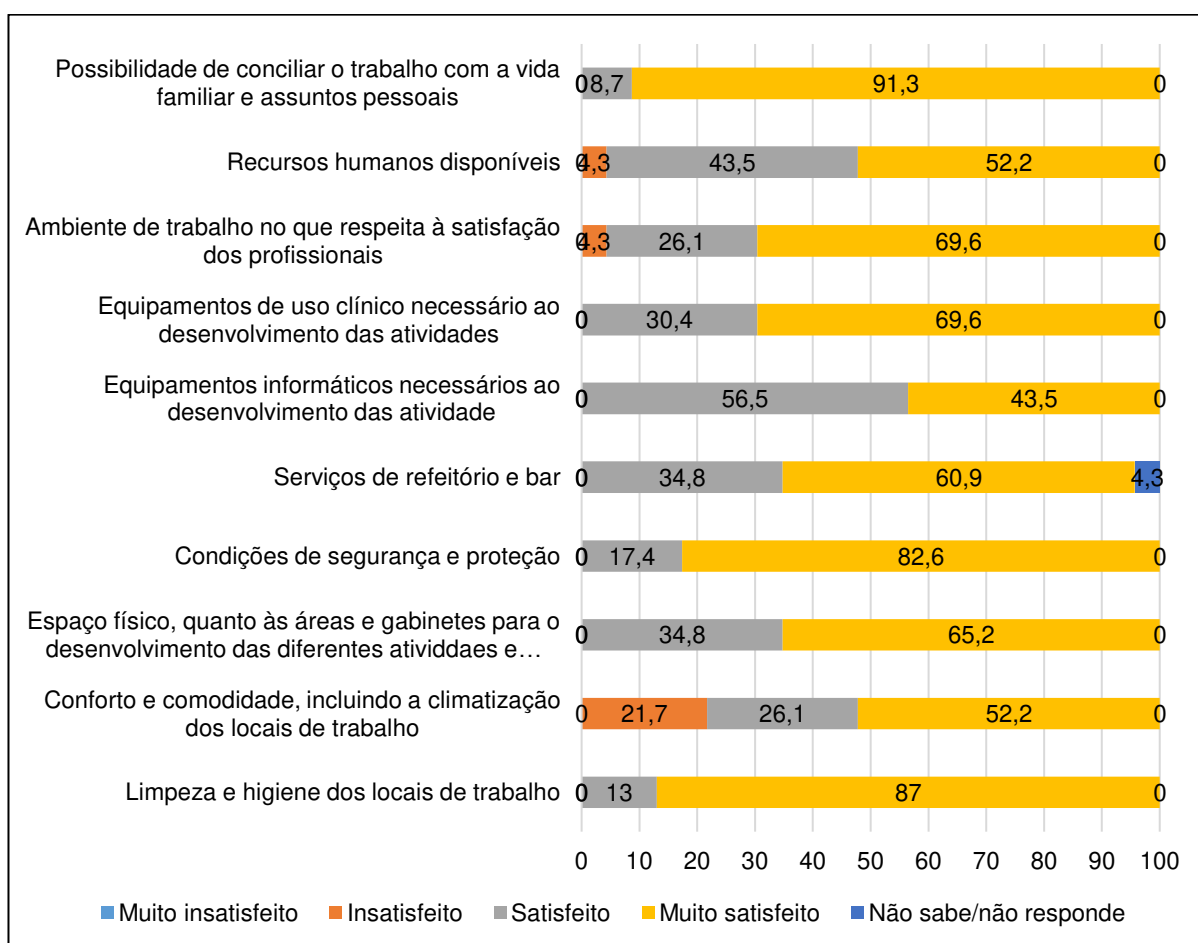
Quanto ao envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão desta unidade 56,5% encontram-se satisfeitos e 39,1% muito satisfeito, salienta-se que 4,3% encontra-se insatisfeito. Situação comparável se verifica no grau de satisfação dos profissionais quanto aos mecanismos de consulta e diálogo nas equipas. Os profissionais dividem-se entre satisfeitos (52,2%), muito satisfeitos (34,8%), insatisfeitos (8,7%) e cerca de 4,3% não sabe/ não responde.

A forma como são recompensados os esforços individuais encontra cerca de 43,5% dos profissionais satisfeitos e 21,7% muito satisfeitos. Acresce cerca de 21,7% de profissionais insatisfeitos e 13% que não sabe/ não responde. Panorama semelhante se extrai do grau de satisfação quanto à forma como são recompensados os esforços de grupo/equipa. Cerca de 39,1% estão satisfeitos, 26,1% muito satisfeitos e 21,7% estão insatisfeitos, verificando-se 13% de resposta não conclusivas, de não sei/ não respondo.

A satisfação referente à postura da organização face à inovação apresenta cerca de 43,5% de profissionais satisfeitos, 26,1% muito satisfeitos e 13% de insatisfeitos. Sobressai ainda que 17,4% não sabe ou não responde.

Inquiridos ainda sobre o grau de satisfação com as condições de trabalho proporcionadas pelo SSO (gráfico 15), no que respeita à limpeza e higiene dos locais de trabalho, 87% dos profissionais revelam-se muito satisfeitos.

Gráfico 15 - Distribuição das respostas dos profissionais relativamente ao grau de satisfação com as condições de trabalho



Já no que respeita ao conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho, a maioria dos profissionais encontra-se muito satisfeito (52,2%), existindo ainda cerca de 21,7% insatisfeitos.

O grau de satisfação relativo às condições de trabalho no que respeita a espaço físico, quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções, encontra respostas idênticas à questão anterior, encontrando-se a maioria dos profissionais muito satisfeito (65,2%) com as condições proporcionadas. As condições de segurança e proteção existente no SSO transmite muita satisfação à grande maioria dos profissionais (82,6%).

Relativamente aos serviços de refeitório e bar 60,9% de profissionais referem estar muito satisfeitos e 34,8% satisfeitos. Apenas 4,3% não sabe ou não responde.

A utilização de equipamentos informáticos necessários ao desenvolvimento das atividades é transversal a todos os grupos profissionais. Cerca de 56,5% encontra-se

satisfeito e 43,5% muito satisfeito, não existindo profissionais insatisfeitos. No que diz respeito aos equipamentos de uso clínico necessários para o desenvolvimento das atividades, a maioria encontra-se muito satisfeito (69,6%).

A satisfação dos profissionais face ao ambiente de trabalho traduz-se em 69,6% muito satisfeitos, 26,1% satisfeitos e 4,3% insatisfeitos. A maioria dos profissionais (52,2%) declaram-se muito satisfeitos com os recursos humanos disponíveis, 43,5% satisfeitos e 4,3% insatisfeitos.

Por último, a possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais encontra 91,3% dos profissionais muito satisfeitos, o que significa que há satisfação com o modo como a organização faz o tratamento das questões sociais dos colaboradores.

### **Sugestões dos profissionais sobre mudanças para a melhoria da qualidade**

O questionário apresentou ainda duas questões abertas com o objetivo de obter a opinião dos profissionais. A primeira questão está relacionada com as mudanças que os profissionais operavam no SSO, visando a melhoria da Qualidade (P19). A segunda, ao finalizar o questionário, é solicitada a expressão de comentários ou sugestões com vista à melhoria dos cuidados prestados (P22).

*Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos inquiridos às perguntas abertas*

Nº das Questões	Nº de Respostas	%
19	10	43,5
22	5	21,7

No que se refere à análise destas questões recorreu-se a técnicas inscritas no paradigma qualitativo. A análise destas questões foi realizada em conjunto através da análise temática de conteúdo, como já anteriormente referido.

Para cada área temática foram criadas categorias, subcategorias e unidades de registo. No sentido de sistematizar os resultados obtidos das perguntas abertas, foi criada uma grelha de análise com as áreas temáticas, categorias, subcategorias assim como as respetivas percentagens (Apêndice III).

Segundo os profissionais do SSO em estudo, a qualidade dos cuidados prestados pode melhorar através da implementação de algumas medidas. Da análise às questões emergiram seis categorias: gestão de cuidados, gestão de recursos humanos, comunicação, formação, gestão estratégica e valorização da Saúde Ocupacional.

De acordo com as opiniões dos respondentes, a maioria das sugestões centra-se nas questões da gestão de cuidados, dando primazia à qualidade dos cuidados, à organização dos cuidados e ao trabalho de equipa. As sugestões referidas pelos profissionais passam pela “constituição de equipas multidisciplinares” para realização de “auditorias internas para monitorização da qualidade”. Na opinião destes profissionais, deverá ser desenvolvido “protocolos de atuação “que promovam “ (..) maior autonomia dos profissionais”, “melhor partilha de conhecimentos” e “partilha de informação relevante”. O “reforço da coesão e espírito de equipa”, a “maior articulação entre profissionais...” e a “multidisciplinaridade efetiva” são apontadas como algumas medidas importantes que irão promover a melhoria da qualidade.

A formação parece ser uma medida importante na opinião destes profissionais, em particular na área da Saúde Ocupacional e da Qualidade. Segundo os respondentes, deverá ser feito “...levantamento das necessidades de formação”, “formação da equipa sobre diversas temáticas da área da saúde ocupacional” e “(..) formação em qualidade”.

Há ainda referência ao maior “envolvimento de toda a equipa na formulação dos objetivos anuais” do SSO e à realização de “reuniões de equipa periódicas “ para “divulgação das estratégias organizacionais”, como medidas prioritárias para promoção da melhoria da qualidade organizacional desta Unidade funcional.

### **2.1.2. Autoavaliação do SSO com base no Modelo CAF**

Tal como já referido anteriormente, para realizar autoavaliação da qualidade organizacional do SSO foram utilizadas as grelhas de autoavaliação do Modelo CAF, os vários documentos existentes no SSO (plano de atividades, regulamento interno, manual de procedimentos Interno, bem como atas, guias, planos de intervenção, pareceres, protocolos e relatórios) e as linhas orientadoras definidas no manual de apoio à CAF.

O sistema de pontuação utilizado foi o “avançado” ou *fine-tuned CAF scoring*, que se considerou ser o mais apropriado por permitir refletir mais pormenorizada-mente a análise aos subcritérios. Este sistema permite pontuar – para cada subcritério – todas as fases do ciclo PDCA em simultâneo. Para se pontuar cada fase do ciclo foi considerado separadamente a tendência dos resultados dos últimos 3 anos e as metas alcançadas no ano anterior, tendo sido atribuída uma pontuação entre 0 e 100 numa escala dividida em seis níveis.

A análise obtida após preenchimento das grelhas de autoavaliação foi a que se segue, organizada por pontos fortes e áreas de melhoria para cada subcritério avaliado. Apresenta-se também alguns gráficos da pontuação atribuída e a análise dos resultados obtidos. Entenda-se como pontos fortes as boas práticas da unidade em questão, ou seja, ações/práticas suscetíveis de ter pontuação elevada atendendo aos quadros de pontuação da CAF.

Nos gráficos 16 e 17 são apresentadas as médias globais em função dos critérios meios (critério 1 a 5) e dos critérios resultados (critério 6 a 9).

Gráfico 16 – Médias globais dos Critérios Meios

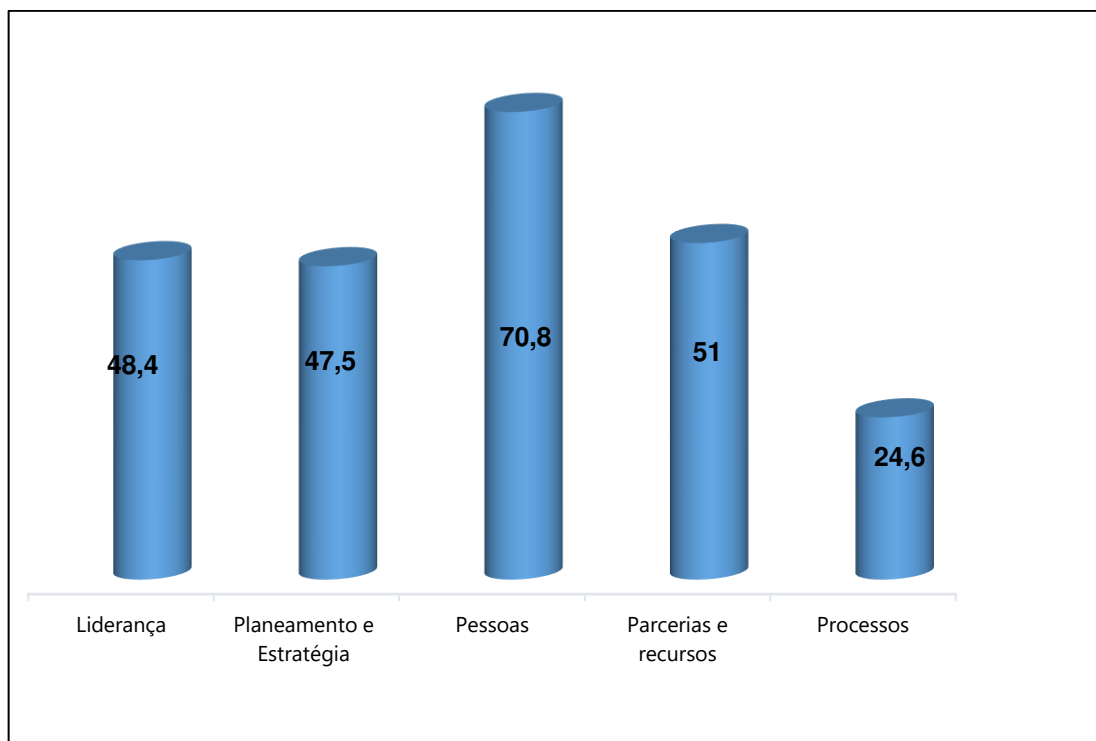
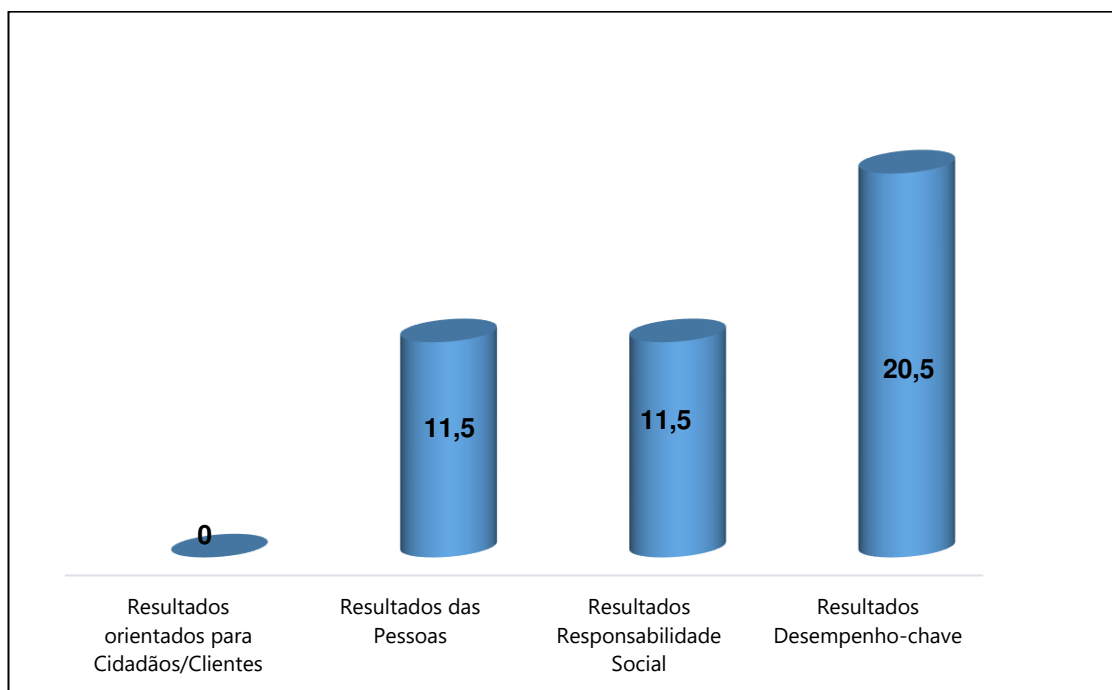


Gráfico 17 – Médias globais dos Critérios Resultados



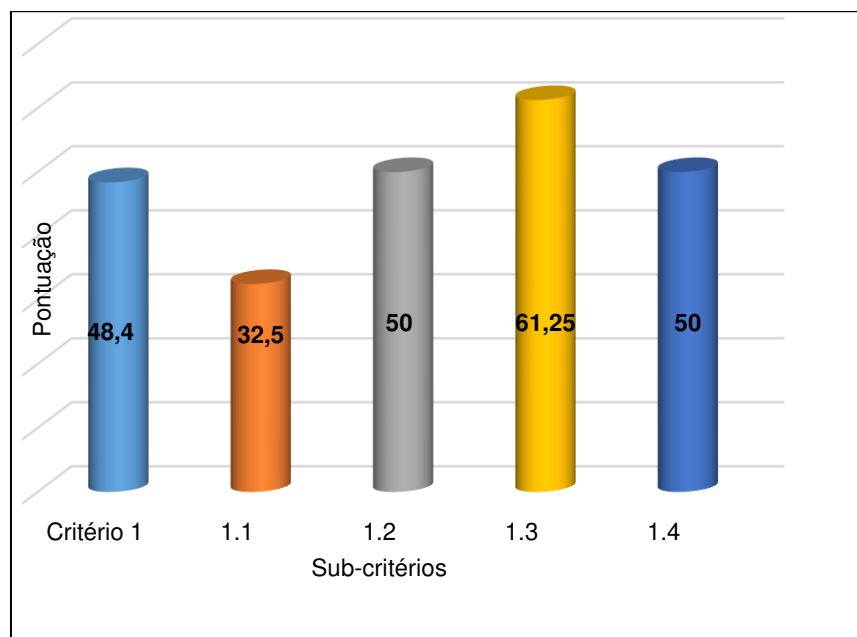
Apresenta-se de seguida de forma mais pormenorizada a análise relativa a cada um dos critérios referidos.

### **Critério 1 – Liderança**

Neste critério avalia-se como os órgãos de gestão/coordenação do SSO desenvolvem e prosseguem a missão, a visão e os valores necessários para sustentar, a longo prazo, o sucesso do SSO e os implementam através de ações e comportamentos adequados e se está pessoalmente comprometido em assegurar o desenvolvimento e a implementação do sistema de gestão.

No gráfico 18 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 1, Liderança, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 18 – Médias globais do Critério Liderança e subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

- **Dar uma orientação à organização desenvolvendo a missão, visão e valores (1.1):** A missão, visão e valores foram definidos e descritos há alguns anos. Encontram-se divulgados no regulamento interno e manual de procedimentos, disponíveis na Intranet e em formato papel para consulta no SSO. Contudo há necessidade de revisão, atualização, discussão, afixação e divulgação dos mesmos. Até ao presente ainda não se iniciou a revisão, no entanto toda a equipa foi convidada a refletir e participar na sua revisão, que se prevê acontecer brevemente. Os profissionais, clientes/trabalhadores e outras partes interessadas não foram, até à data, envolvidos no processo de revisão da missão e da visão do SSO. Contudo, existe a consciência da importância desse envolvimento desde há algum tempo, tendo sido tomada a decisão de realizar questionários para recolher a perceção dos colaboradores e clientes, que se prevê que terão início este ano e terão uma periodicidade anual.
- **Gerir a organização, o desempenho e a melhoria contínua (1.2):** Parece haver, nas opções da coordenação, uma intencionalidade de promover a

melhoria organizacional, delegando poderes, responsabilidades e competências nos seus colaboradores. Existe aceitação de críticas construtivas e de sugestões de melhoria, promovendo uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua de todos os elementos da equipa de saúde. Existe promoção da melhoria da qualidade organizacional, desenvolvendo, sensibilizando e estimulando a equipa a desenvolver competências. Como exemplo do que foi referido é a decisão de utilização do CAF como suporte à autoavaliação e melhoria do desempenho Organizacional como o primeiro passo para um processo futuro de certificação da qualidade. A liderança informa e consulta os colaboradores com regularidade sobre os objetivos e atividades desta unidade funcional. No entanto, há que definir indicadores de qualidade de forma estruturada e assegurar um sistema de gestão dos processos e parcerias em conformidade com a estratégia, planeamento, necessidades e expectativas das partes interessadas (trabalhadores, profissionais e outras). Há necessidade de uma definição clara das responsabilidades na concretização do plano de atividades de forma a promover o registo do trabalho realizado em documentos que permitam a monitorização posterior desses indicadores.

- **Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo de conduta (1.4):** Parece existir liderança pelo exemplo, cultura de liderança, confiança e respeito mútuo, promoção de uma cultura de aprendizagem, estímulo aos colaboradores para o desenvolvimento de competências e seus próprios projetos. Através da consulta dos diversos documentos existentes, regista-se a preocupação, por parte da coordenação, de atender às necessidades individuais dos colaboradores, ajudando na realização das tarefas, planos e objetivos, e adequando a tratamento dado de acordo com as necessidades e as situações em causa. Apesar de existir esta preocupação, é necessário a criação de instrumentos para a melhoria da comunicação nos diferentes setores (ex.: boletins informativos para a divulgação de orientações dos órgãos de gestão, da legislação, etc.), assim como formalização de momentos para feedback do desempenho dos profissionais e o envolvimento de toda a equipa profissional nas tomadas de decisão.

- **Gerir de forma eficaz as relações com o nível político e outras partes interessadas (1.5):** Regista-se uma preocupação em manter uma relação

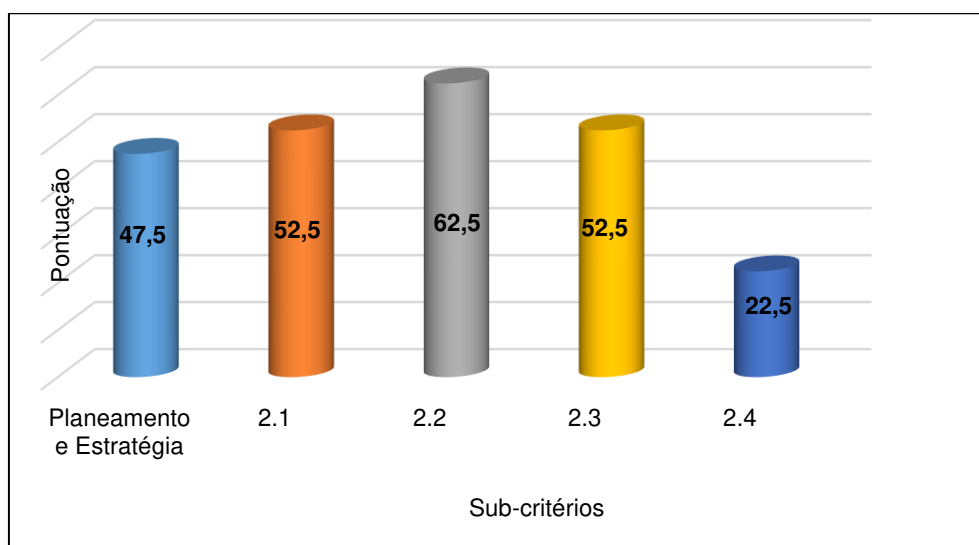
próxima com as autoridades de saúde e outros departamentos da organização, desenvolvendo um trabalho de parceria com uma grande diversidade de instituições (por ex DGS, Instituto Ricardo Jorge, Faculdade de Motricidade Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, entre outras) o que mostra a abertura ao meio envolvente. Existe a perceção da existência de uma definição estratégica (plano ação) e identificação das necessidades e sua partilha. Contudo, parece sentir-se a necessidade de uma maior intervenção/participação na definição de políticas para o SSO. Apesar de existir esta preocupação a Coordenação deve promover e incentivar o relacionamento com a comunidade organizacional envolvente, melhorando a comunicação externa e estimulando a mudança e a inovação.

## **Critério 2 – Planeamento e Estratégia**

Este critério avalia como o SSO implementa a sua missão e visão através de uma estratégia clara, orientada para todas as partes interessadas, e suportada por políticas, planos, metas, objetivos e processos adequados.

No gráfico 19 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 2, Planeamento e Estratégia, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

*Gráfico 19 – Médias globais do Critério Planeamento e Estratégia e subcritérios*



Relativamente aos subcritérios:

- **Recolher informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas, bem como informação de gestão relevante (2.1):** Verifica-se, na análise dos vários documentos, a existência de uma cultura de abertura, inovação e mudança no SSO, através do debate e procura permanente para implementar soluções e novas formas de atuação. O SSO revela capacidade para mudar as estratégias, funcionamento e ofertas, e envolve todas as estruturas nesse ajustamento. Os órgãos de gestão analisam e refletem frequentemente sobre pontos fortes e oportunidades de melhoria do SSO. Em resultado dessa reflexão e monitorização, procura ajustar as estratégias e os procedimentos. É importante estabelecer procedimentos ou definição de objetivos/metapas relacionadas com a recolha e análise de informação que sustente o planeamento e que promova uma atitude de permanente reflexão sobre a prática com vista à sua melhoria e atualização.

- **Desenvolver a estratégia e o planeamento, tendo em conta a informação recolhida (2.2):** Como pontos fortes evidenciam-se os projetos de intervenção como as Conferências sobre saúde mental, e os programas de prevenção das doenças cardiovasculares, prevenção da automedicação, prevenção das LMERT, entre outros. Os projetos desenvolvidos refletem a filosofia e metas que se pretendem atingir. Sugere-se maior envolvimento das partes interessadas e recursos que possibilitem a realização projetos adequados às necessidades da população abrangida, devendo ser alocadas horas de cuidados a projetos já existentes para que sejam assegurados e melhorados, avaliando os resultados desses projetos e propor melhorias. Existe frequentemente reuniões informais com todos os elementos de equipa, para participação na discussão e elaboração de documentos orientadores e feedback sobre trabalho realizado. Estratégias de atuação dos órgãos de gestão têm em conta os recursos disponíveis, contudo, deverá haver maior envolvimento de todos os profissionais na elaboração, concretização e avaliação do plano de ação estratégico do SSO. Apesar de já existir de uma forma informal, deverá haver apresentação de objetivos, calendarizados no tempo, de maneira a serem monitorizados e a divulgação efetiva dos mesmos junto de toda a equipa, assim como, o estabelecimento de referências para se medir a evolução do funcionamento dos processos.

- **Comunicar e implementar o planejamento e a estratégia em toda a organização e rever de forma regular (2.3):** O Plano de Atividades (desenvolvido em plataforma eletrônica) define as prioridades do SSO, apontando caminhos e metas de forma clara e objetiva, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As atividades e funcionamento do SSO seguem as linhas orientadoras desse plano de ação, definido estrategicamente pelos diferentes órgãos de gestão. A implementação do plano anual de atividades é feita com base em processos e responsabilidades definidas, no entanto há necessidade de melhoria na área da partilha dos projetos existentes, e das estratégias utilizadas. Apesar de existir de uma forma pouco estruturada, é importante a criação de mecanismos e instrumentos facilitadores de monitorização do plano estratégico, assim como a realização de relatórios (memorandos) periódicos para melhor monitorização e avaliação. Como medida prioritária a adoção de ciclos contínuos da qualidade e a monitorização de todos os projetos, de forma a permitir a criação de mecanismo de avaliação dos procedimentos e a avaliação dos resultados.

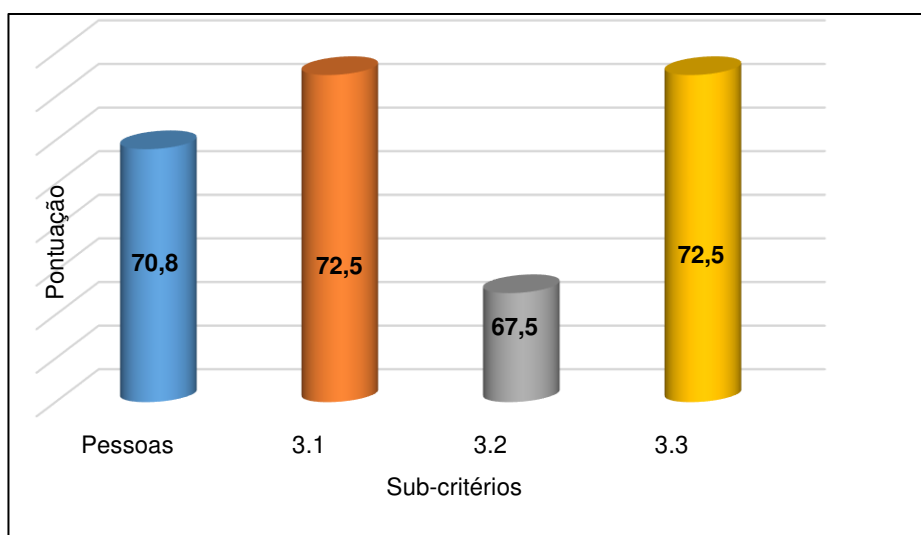
- **Planear, implementar e rever a inovação e a mudança (2.4):** Como pontos fortes evidencia-se cultura de abertura, inovação e mudança no SSO, debate e procura de implementação de soluções e novas formas de atuação. A implementação de mudanças tem em conta a evolução das situações e as exigências de modernização e inovação. Há preocupação com a formação dos profissionais de saúde. Contudo, o SSO deve procurar melhorar a articulação com os vários departamentos e entidades, principalmente aqueles com quem trabalha mais diretamente, assegurando a disponibilidade dos recursos necessários para implementar as mudanças planeadas e o equilíbrio entre a abordagem *top-down* e *bottom-up* da mudança. Sugere-se a promoção de uma cultura organizacional aberta à inovação e promotora de mudança planeada e coerente, que promova a utilização de ferramentas para melhorar a eficácia dos serviços prestados e aumentar a transparência e interação entre a organização e os clientes.

### Critério 3 – Pessoas

Este critério avalia como o SSO gere, desenvolve e promove o conhecimento e todo o potencial das pessoas que a compõe, quer ao nível individual, de equipa, ou ao nível do SSO no seu conjunto, e como planeia essas atividades de forma a prosseguir a política e a estratégia definidas e a garantir a eficácia operacional do seu pessoal.

No gráfico 20 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 3, Pessoas e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 20 – Médias globais do Critério Pessoas e seus subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

- **Planear, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia (3.1):** Parece existir uma gestão dos recursos humanos de forma atempada, acompanhando as pessoas, incentivando a participação e o envolvimento de toda a equipa (inter-nos e/ou outsourcing) na definição de estratégias, objetivos e análise de pontos fortes e fracos. São analisadas regularmente as necessidades atuais e futuras de recursos humanos, tendo em conta as necessidades e expectativas das partes interessadas e a estratégia da organização. A gestão parece conhecer as competências pessoais e profissionais dos membros da equipa pluridisciplinar e tem em conta essas competências na gestão e organização, incentivando e

facilitando o trabalho em equipa e é receptiva a ideias e sugestões, que é perceptível na análise dos diversos documentos existentes. Parece existir delegação de responsabilidades e promoção de autonomia, motivando os profissionais e reconhecendo o desempenho e trabalho realizado, e providenciando formação para colmatar necessidades, sempre que possível. No entanto, deverá ser implementado planos de desenvolvimento pessoal junto da equipa e avaliar o impacto dos programas de formação nas práticas e na replicação entre os pares. Apesar de existir de uma forma pouco estruturada devem ser criados mecanismos que promovam de forma proactiva o debate de ideias e a reflexão (caixa de sugestões, por exemplo), de forma a aumentar e melhorar a motivação e o reconhecimento do trabalho dos profissionais.

- **Identificar, desenvolver e utilizar as competências das pessoas, alinhando os objetivos individuais e organizacionais (3.2):** A Coordenação do SSO parece conhecer as competências pessoais e profissionais dos membros da equipa pluridisciplinar, e tem em conta essas competências na gestão e organização, e nomeação para funções de acordo com critérios e perfis que assentam na competência profissional. A avaliação do desempenho, os objetivos individuais e organizacionais e o plano de formação são considerados pontos fortes. Verifica-se apoio e acompanhamento regular de novos colaboradores, através de tutoria e acompanhamento individual. Existe elaboração de plano de formação, articulado com o núcleo de formação da Instituição e o plano de atividades anual, e orientado por formadores internos e externos. Há dificuldade em incluir nestas formações os profissionais em regime de *outsourcing*. Contudo, a gestão consciente da importância de os incluir nos processos formativos, pelo impacto que essa formação terá na qualidade dos cuidados, tem vindo a planear diversas ações de formação com início em 2020, e que já se encontram agendadas, nomeadamente a formação em Emergência e Suporte Básico de Vida. Para além disso, estão agendadas diversas reuniões periódicas que se pretende que sejam espaços de debate de situações diárias e de formação mais informal onde toda a equipa está incluída. Apesar da preocupação com a formação dos profissionais torna-se necessário avaliar o impacto, no local de trabalho, dos programas de formação e desenvolvimento e a transferência dos respetivos conteúdos através da monitorização e de análises

custo/benefício. É necessário identificar as competências individuais e compará-las de forma sistemática tendo em conta as necessidades e objetivos desta unidade, motivando para o desenvolvimento de projetos profissionais. Deverão igualmente ser elaborado manuais de integração e tutoria de estudantes e novos colaboradores e fomentar a utilização de tecnologia de comunicação para divulgação de informação como projetos e informações relevantes ao bom funcionamento desta unidade.

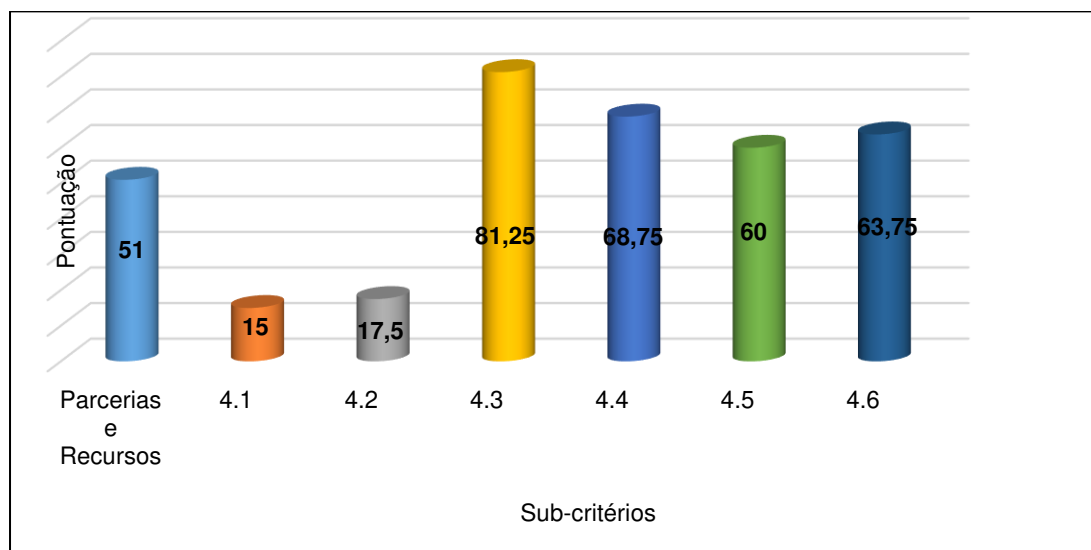
- **Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades e apoiar o seu bem-estar (3.3):** Como pontos fortes, e após análise dos diversos documentos existentes, verifica-se que a Coordenação promove uma cultura de diálogo e comunicação aberta e incentiva o trabalho em equipa, criando de forma proactiva, um ambiente propício para obter ideias e sugestões dos colaboradores. O exemplo disso é a recente implementação de reuniões periódicas para discussão de casos, informação sobre os grupos de trabalho, ou outros temas de interesse dos profissionais. Embora de uma forma informal há envolvimento dos colaboradores no desenvolvimento de planos, estratégias, objetivos, conceção de processos e na identificação e implementação de ações de melhoria. Um ponto forte referido tem a ver com a existência de boas condições de trabalho relativamente aos requisitos de saúde e segurança, assim como espaço físico, proporcionando conforto e bem-estar no trabalho. No entanto, deverão proporcionar-se outros sistemas e métodos adaptados para recompensar as pessoas de forma não financeira. Igualmente deverão ser realizados periodicamente inquéritos aos profissionais, publicitando e dando o feedback sobre os resultados e ações de melhoria.

#### **Critério 4 – Parcerias e Recursos**

Este critério avalia como o SSO planeia e gere as parcerias e os recursos internos de forma a garantir a prossecução da política e da estratégia definidas e a eficácia operacional dos seus profissionais.

No gráfico 21 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 4, Parcerias e Recursos, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 21 – Médias globais do Critério Parcerias e Recursos e subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

- **Desenvolver e gerir parcerias com organizações relevantes (4.1):** O SSO procura parcerias e acordos com outras instituições (já referidas anteriormente) de forma frequente, definindo as responsabilidades de cada um nas parcerias e intercâmbios celebrados. No entanto, deverá ser melhorado o estabelecimento de procedimentos e/ou objetivos/metasp nos protocolos e acordos de cooperação. Deverão ser desenvolvidas parcerias apropriadas segundo os vários aspetos da responsabilidade social, inclusive, com outras unidades de saúde ocupacional para partilhar boas práticas *benchlearning* e *benchmarking*. É necessário melhorar a monitorização/ avaliação dos procedimentos ou objetivos/metasp relacionadas com a gestão de parcerias.

- **Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos/clientes (4.2):** Verifica-se a existência de reuniões mensais com os representantes dos trabalhadores na área da saúde e segurança no trabalho, assim como visitas a locais de trabalho em conjunto com as diversas estruturas existentes. O SSO promove a criação de equipasp de trabalho no sentido de analisar situações e emitir parecer ou opinião. Como ponto forte a parceria nos cuidados de saúde com os clientes, mas carece de melhoria em áreas como implementação de políticas proactivasp de divulgação dos projetos, fomentar a participação dos

clientes na melhoria da qualidade (implementar a prática da reclamação e elogio) e promover projetos de voluntariado. Deverá ser definida uma estrutura para procurar ativamente ideias, sugestões e reclamações dos clientes, através de meios apropriados para a sua recolha (ex.: sondagens, grupos de consulta, questionários, caixas de reclamações, inquéritos de opinião, etc.). Analisar e explorar esta informação e divulgar os resultados. Há que igualmente desenvolver uma gestão efetiva e eficaz das expectativas, explicando aos clientes o que podem esperar dos serviços, incluindo um conjunto de indicadores de qualidade, por exemplo, através da Carta do Cidadão, direitos e deveres.

- **Gerir os recursos financeiros (4.3):** Como pontos fortes verifica-se o alinhamento da gestão financeira com os objetivos estratégicos de forma eficiente e eficaz, analisando os riscos e oportunidades das decisões financeiras. É elaborado um orçamento anual e apresentação explicativa dos gastos à administração da Organização, assegurando a transparência orçamental e financeira. Da análise efetuada aos diversos documentos existentes, verifica-se que o SSO parece preocupar-se com os gastos, com a reutilização, com a economia e com a reciclagem. Há evidências de poupança em todas as valências do estabelecimento, como desligar a iluminação e outros aparelhos, poupança da água e do papel, reutilização do papel para tomar notas, aquisição de bens e aparelhos quando necessário e de forma ecologicamente equilibrada. O SSO assegura uma gestão eficiente (em termos de custos), eficaz e económica dos recursos financeiros utilizando sistemas financeiros de controlo e de contabilidade de custos e em parceria com o departamento de contabilidade. Contudo, deverão ser melhorados os procedimentos relacionados com a gestão financeira, incluindo nos documentos orçamentais dados do desempenho do SSO que permitam análise do impacto dos mesmos.

- **Gerir o conhecimento e a informação (4.4):** Apontado como ponto forte a existência de canais internos para a divulgação em cascata da informação, em toda a organização, de forma a assegurar que todos os colaboradores tenham acesso à informação e conhecimento relevantes para o cumprimento das suas tarefas e objetivos (*intranet*, publicações internas, manual de procedimentos internos). O SSO assegura a transferência permanente do conhecimento entre os profissionais, quer através de aconselhamento, tutoria, manuais de procedimentos quer através de reuniões informais. Propõe-se melhorar áreas

como a divulgação dos projetos, procedimentos e protocolos existentes, promover a uniformização de procedimentos e processos (manuais de boas práticas) no SSO, garantindo a uniformização de procedimentos e ainda a continuidade do trabalho produzido mesmo com a saída de elementos da equipa.

- **Gerir os recursos tecnológicos (4.5):** Na gestão dos recursos tecnológicos o SSO garante uma utilização segura, eficaz e eficiente da tecnologia em parceria com o departamento de sistemas de informação, com particular atenção para as aptidões e capacidades das pessoas. Os equipamentos existentes foram mencionados como pontos fortes, existindo um programa informático de suporte para as atividades clínicas e administrativas, quer na área de Saúde no Trabalho quer na área de Saúde Assistencial.

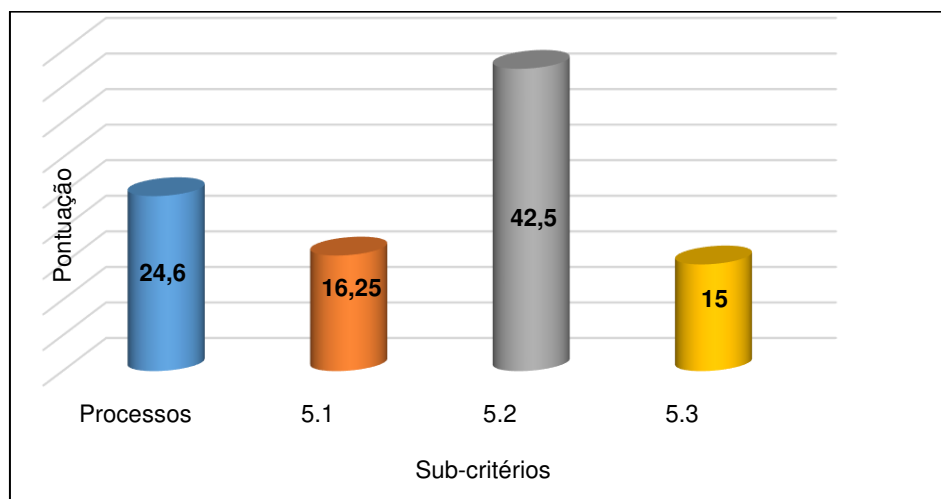
- **Gerir os recursos materiais (4.6):** O SSO assegura a utilização segura, eficaz e eficiente das instalações dos edifícios baseado em objetivos operacionais e estratégicos, tendo em conta as necessidades dos colaboradores, os locais e constrangimentos físicos. Como ponto forte verifica-se a existência de avaliação frequente de necessidades dos recursos materiais (medicamentos, equipamentos, mobiliário, entre outros) e encaminhamento aos superiores hierárquicos para aquisição. Há necessidade de elaboração clara e objetiva dos procedimentos ou objetivos/metapas relacionadas com a gestão de recursos materiais e a sua manutenção.

## **Critério 5 – Processos**

Este critério avalia como o SSO concebe, gere e melhora os seus processos de modo a apoiar e inovar a política e a estratégia definidas, a garantir a plena satisfação e a gerar mais-valias para os seus utentes e outras partes interessadas.

No gráfico 22 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 5, Processos, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 22 – Médias globais do Critério Processos e subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

- **Identificar, conceber, gerir e inovar os processos de forma sistemática, envolvendo as partes interessadas (5.1):** Na consulta documental, verifica-se que o SSO assegura que os processos se apoiam nos objetivos estratégicos, são planeados e geridos para atingir os objetivos estabelecidos. No entanto, deverá haver envolvimento de todos os profissionais e das partes interessadas relevantes na conceção e na melhoria dos processos tendo como base a eficiência, eficácia e resultados medidos (*outputs* e *outcomes*). Como áreas a melhorar identifica-se: uniformização dos registos nos processos clínicos, simplificação – elaboração de fluxogramas e clarificação dos processos nomeadamente dos protocolos de atuação, definir funções e responsabilidades, partilhar informação sobre processos, envolver a equipa nas atividades de melhoria.

- **Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes (5.2):** Evidencia-se como pontos fortes os projetos concebidos para dar resposta às necessidades dos clientes e já referidos anteriormente, por ex. prevenção doenças cardiovasculares; prevenção obesidade; prevenção automedicação; prevenção de lesões músculo-esqueléticas; acolhimento; sessões sobre saúde mental, entre outras. O SSO assegura a existência de informação adequada e fiável, com o objetivo de prestar assistência e apoio aos seus clientes e promove a acessibilidade (ex. horários flexíveis de abertura e disponibilização de documentos em vários formatos, como por

exemplo em papel, em versão digital, posters, brochuras). O exemplo a disponibilização dos horários na *intranet*, tanto do funcionamento do SSO como dos horários de consultas; possibilidade de contacto através de *email*, telefone ou presencialmente. Verifica-se a necessidade de elaborar um formulário para sugestões/reclamações e posterior tratamento/divulgação dos mesmos.

- **Coordenar os processos em toda a organização e com outras organizações relevantes (5.3):** Como ponto forte verifica-se a existência manual de procedimentos interno, contudo há necessidade de revisão e atualização do mesmo, devendo ser envolvida toda a equipa multidisciplinar na sua revisão. Como áreas de melhoria há necessidade de criar elementos de referência; assegurar participação e envolvimento na definição dos critérios e processos de referenciação; tomar conhecimento dos circuitos existentes; instituir protocolos geradores de feedback das referenciações efetuadas; partilhar e divulgar procedimentos/processos comuns para uniformizar os cuidados prestados.

## **Critério 6 – Resultados orientados para os cidadãos/clientes**

Este critério avalia como o SSO atinge os resultados em relação à satisfação dos seus utentes/clientes.

Não será apresentado qualquer gráfico por não haver qualquer evidência, sendo a pontuação zero.

Relativamente aos subcritérios:

- **Medições da perceção (6.1):** Não há evidências. A medição direta da satisfação ou perceção dos clientes tem uma importância fundamental. Na maior parte dos casos é feita através de inquéritos. Utilizam-se também ferramentas complementares tais como grupos de discussão ou painéis de utilizadores. Deverá ser elaborado e aplicado com regularidade um questionário que avalie a perceção sobre imagem da organização, do envolvimento e participação do cliente no processo de tomada de decisão, sobre acessibilidade, transparência, serviços, informação disponível, e o nível de confiança na organização e serviços. Está previsto o seu desenvolvimento e a sua aplicação durante o ano de 2020.

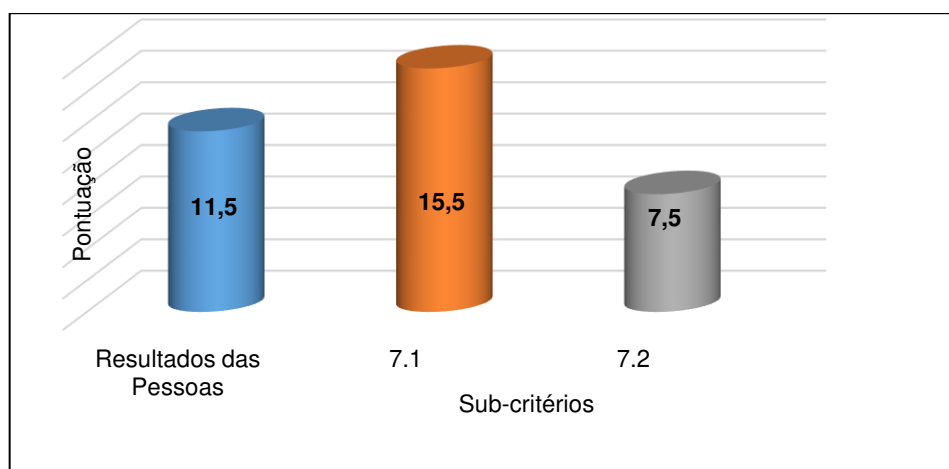
- **Medições de desempenho (6.2):** Além da medição direta da percepção do cliente, a qualidade dos serviços prestados deverá ser medida através de indicadores internos. Neste caso, usam-se resultados mensuráveis de indicadores internos de gestão (ex. tempo de tratamento, tempo de espera, número de reclamações). No SSO não há evidência de indicadores internos para medição do desempenho, que deverão ser desenvolvidos e aplicados.

## **Critério 7 – Resultados das Pessoas**

Este critério avalia que resultados o SSO atinge em relação à competência, motivação, satisfação, percepção e desempenho dos seus profissionais.

No gráfico 23 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 7, Resultados das Pessoas, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos sub-critérios.

*Gráfico 23 – Médias globais do Critério Resultados das Pessoas e subcritérios*



Relativamente aos subcritérios:

- **Medições da percepção (7.1):** Como pontos fortes, verifica-se que existe satisfação dos profissionais em relação às instalações, com as condições de trabalho e com o ambiente de trabalho. A gestão reconhece e valoriza o trabalho das pessoas. No entanto, é importante a medição sistemática da percepção dos seus colaboradores e serviços prestados por estes. Assim, deverá ser elaborado e implementado questionário que aborde questões relativas à percepção global (imagem e desempenho da organização, envolvimento das pessoas);

resultados relativos à percepção da gestão e sistemas de gestão (percepção da gestão de topo, definição de objetivos, afetação de recursos, desempenho global da organização, gestão dos processos, divisão de tarefas), resultados relativos à percepção das condições de trabalho (gestão de conflitos, promoção da transversalidade entre unidades, flexibilidade de horários de trabalho, proteção da saúde, igualdade de oportunidades, igualdade de tratamento, organização do local de trabalho e condições de trabalho); resultados relativos à percepção da carreira e competências (desenvolvimento sistemático de carreiras e competências, incentivos, acesso e qualidade da formação).

- **Medições de desempenho (7.2):** Há necessidade de criação de indicadores relativos ao comportamento (nível de absentismo, rácios, rotatividade e reclamações), à motivação e ao envolvimento (taxas de resposta a inquéritos ao pessoal, nº de propostas de inovação, participação em grupos internos de discussão); indicadores relativos à avaliação de desempenho (nível de envolvimento em atividades de melhoria, utilização de tecnologias de informação e comunicação); indicadores relativos ao desenvolvimento de competências (taxa de participação em ações de formação); indicadores relativos às relações interpessoais (capacidade para lidar com os clientes); frequência do reconhecimento individual (louvores, nº de elogios). Deverão ser criadas oportunidades aos colaboradores, principalmente aos que se encontram em regime de *outsourcing*, para desenvolver novas competências, aumentando a motivação para o desempenho das suas funções. Os regulamentos internos e manuais de procedimentos deverão ser atualizados e melhorados. A Coordenação deve continuar a encorajar os profissionais para a inovação e a desenvolver melhores práticas clínicas, promovendo o envolvimento das pessoas na instituição, designadamente no processo de tomada de decisão e na consciencialização da sua missão, visão e valores.

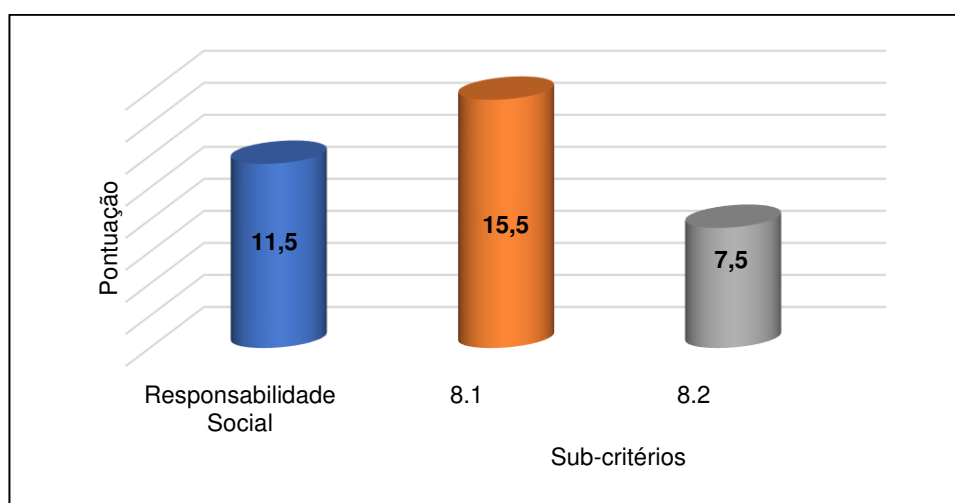
## **Critério 8 – Resultados da Responsabilidade Social**

Este critério avalia que resultados o SSO atinge na satisfação das necessidades e expectativas da organização em que se insere. Este critério inclui a percepção em relação a questões como a qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e dos

recursos globais, e as medidas internas destinadas a avaliar a eficácia da organização. Inclui também as relações com as autoridades administrativas competentes ou reguladoras da sua área de atividade.

No gráfico 24 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 8, Resultados da Responsabilidade Social, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 24 – Médias globais do Critério Resultados da Responsabilidade Social e subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

- **Medições da percepção (8.1):** O SSO participa em ações de solidariedade social, por ex. dádivas de sangue em parceria com Instituto Português de Sangue, ações de solidariedade social promovidas pela organização como entrega de cabazes de natal a famílias desfavorecidas, entre outras. Verifica-se que o SSO tem preocupação com a saúde dos trabalhadores da organização e que desenvolve atividades nesse sentido (por ex conferências sobre saúde mental, hábitos de vida saudável). Realiza campanhas de sensibilização e prevenção de doenças (como a gripe, sarampo, entre outras). Como áreas de melhoria identificadas, o SSO deve criar mecanismos que permitam atingir os seus objetivos e melhorar os resultados dos clientes; melhorar a divulgação dos resultados das parcerias e protocolos efetuados, assim como melhorar a publicação dessas atividades.

- **Medições de desempenho (8.2):** O plano anual de atividades, elaborado com base nos princípios e nas metas definidas para o SSO, apresenta-se como documento unificador e integrador das atividades de todo o serviço, e

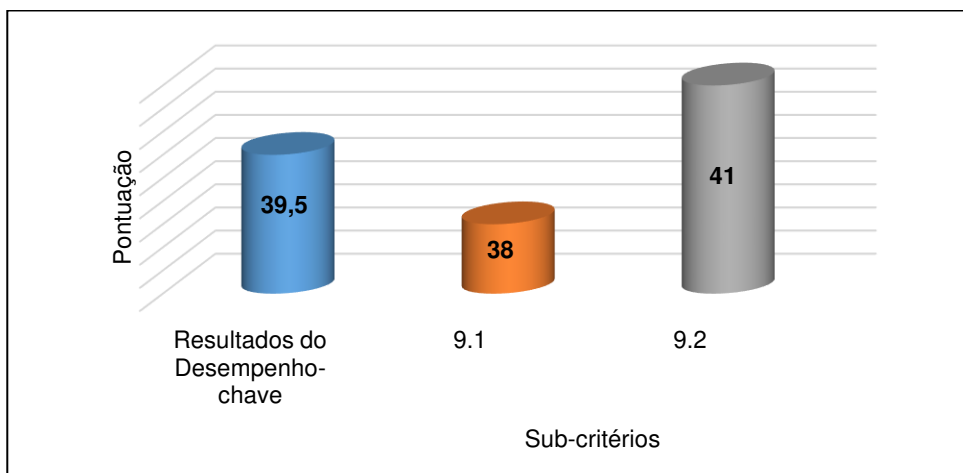
que contribuem para a consecução dos seus objetivos, nomeadamente: contribuir para a formação em saúde dos clientes; contribuir para a promoção da saúde e a prevenção da doença; facilitar a integração dos novos trabalhadores na empresa e contribuir para que encontrem no SSO espaços que os sirvam; incentivar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde; melhorar a imagem do SSO junto da instituição; fomentar a participação social na vida dos trabalhadores. Uma das prioridades do SSO é a troca de experiências e saberes com outras entidades, efetivadas através da participação em vários projetos, que propiciam experiências enriquecedoras aos profissionais e contribuem para a promoção da imagem e reputação desta unidade funcional. A existência de protocolos e parcerias, com algumas das entidades já referidas e também com outros departamentos da instituição, permitem dar visibilidade à sua responsabilidade social que se traduz na adoção de um comportamento responsável de modo a contribuir para o desenvolvimento sustentável nas suas componentes económica, social e ambiental. A medição do impacto do desempenho em relação à comunidade tem como pontos fortes: a imagem do SSO na organização é boa; há boa articulação e relacionamento entre o SSO e os outros departamentos e entidades externas; existência de projetos dinamizados pelo SSO em parceria com outras instituições (ex. dádivas sangue); promoção de uma educação para a saúde e para a preservação do ambiente; promoção da literacia em saúde em áreas de interesse dos clientes. No entanto, a organização desconhece a qualidade do serviço prestado pelo SSO, assim como os resultados e o impacto dos seus cuidados na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da empresa, pelo que o SSO deve melhorar a publicitação das atividades e os resultados atingidos junto da administração e os diversos departamentos da organização.

### **Critério 9 – Resultados do Desempenho-Chave**

Este critério avalia que resultados o SSO atinge em relação ao desempenho planeado, quanto à sua missão ou atividade principal, quanto a objetivos específicos e à satisfação das necessidades e expectativas de todos aqueles que têm interesse no SSO.

No gráfico 25 estão representadas, na primeira coluna, a média global do critério 9, Resultados do Desempenho-Chave, e nas colunas seguintes as médias de cada um dos subcritérios.

Gráfico 25 – Médias globais do Critério Resultados do Desempenho-Chave e subcritérios



Relativamente aos subcritérios:

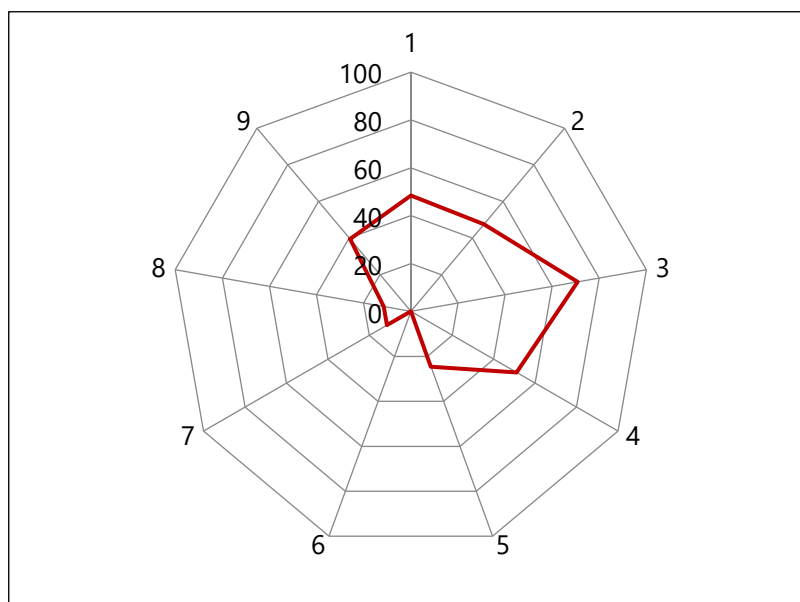
- **Resultados externos - resultados e impactos em relação aos objetivos (9.1):** No âmbito da avaliação externa não foi identificada qualquer evidência da sua medição. Existem diversas parcerias e acordos estabelecidos com entidades e instituições que se podem considerar como uma mais-valia na prossecução dos objetivos estratégicos do SSO. Deverá ser avaliado o nível de qualidade dos serviços prestados relativamente a padrões e regulamentos. O SSO deverá melhorar a taxa de concretização do plano de ação estratégica de acordos com as metas propostas; refletir sobre os resultados atingidos e consequente definição de estratégias apropriadas e desenvolver atividades de incentivo ao envolvimento dos profissionais e clientes.

- **Resultados internos - nível de eficiência (9.2):** No âmbito da avaliação interna, existe uma avaliação e análise sistemática, dos diferentes riscos e de procura de respostas às ameaças identificadas. A implementação deste processo de autoavaliação em curso é um bom exemplo desta procura de identificação de riscos e ameaças. Contudo, há necessidade de realizar auditorias e implementar medidas conducentes a um progresso substancial nos resultados.

## Resultado final da autoavaliação do SSO

Por fim, encontra-se expresso no gráfico 26, o resultado final da autoavaliação de todos os critérios CAF após preenchimento das grelhas de autoavaliação. Pode perceber-se que o critério em que se encontraram mais pontos fortes está representado no gráfico por um maior valor numérico, trata-se do critério 3 – Pessoas. O critério 4 (Parcerias e Recursos) parece ser o segundo mais cotado, seguido do critério 1 (Liderança) e o critério 2 (Planeamento e Estratégia). Os critérios 6, 7, 8 e 9 foram os mais penalizados, pelas limitações em encontrar resultados e fraca cultura de resultados da organização como um todo.

Gráfico 26 - Resultado final da autoavaliação do SSO



### 2.1.3. Opinião dos líderes

Do quadro conceptual estabelecido e do discurso dos sujeitos entrevistados decorrem dois temas, ***o papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional e a qualidade organizacional nos SSO***, que se categorizou e interpretou baseado nos dados recolhidos através das entrevistas realizadas ao coordenador do SSO (E1) e ao gestor de topo (E2) em janeiro de 2020.

Das respostas dadas pelos sujeitos em torno destes temas, emergem as categorias que se analisaram, para compreensão do papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional.

Com base no guião de entrevista, foi possível delinear uma grelha de análise *a posteriori* para as entrevistas realizadas, a partir da qual foi estruturada a apresentação dos dados, ilustrada por excertos elucidativos das posições assumidas pelos sujeitos em relação a cada uma das categorias e subcategorias consideradas. Da análise às entrevistas emergiram quatro categorias: metodologias de autoavaliação da qualidade organizacional, papel da liderança na melhoria da qualidade, dificuldades/constrangimentos na implementação de metodologias de autoavaliação e a qualidade nos SSO.

Relativamente à categoria “metodologias de autoavaliação da qualidade organizacional”, os líderes entrevistados são da opinião que a implementação de metodologias de autoavaliação da qualidade podem contribuir para a melhoria da qualidade organizacional permitindo “ (...) uma maior perceção do trabalho desenvolvido” (E1), maior perceção do trabalho e “(...) uma visão mais alargada sobre atividades desenvolvidas” (E1). De acordo com a opinião do coordenador do SSO (E1) a realização de autoavaliação da qualidade organizacional “ (...) vai levantar uma série de questões que muitas vezes não pensamos nelas no dia-a-dia” (E1). É referido também que a autoavaliação “ (...) ajuda a perceber melhor a organização e a conhecer melhor o funcionamento da mesma” (E1), devendo haver envolvimento do cliente em todo o processo - “os clientes internos também têm que opinar” (E2).

Já quanto ao “papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional” as asserções apuradas fazem emergir a importância da liderança na implementação destas metodologias, “sem o envolvimento da liderança, muito dificilmente o projeto chegará a bom termo” (E1), devendo ser o impulsionador deste tipo de projetos, demonstrando abertura e envolvimento nos mesmos, pelo “é fundamental (...) dar o exemplo (...)” (E2). Deverá, ainda, procurar criar as condições necessárias para o êxito da iniciativa, “ (...) autorizando-a, promovendo-a, apoiando-a sempre que necessário, até atingir com sucesso o fim a que se propõe” (E1).

Os discursos dos líderes focaram-se ainda nos “principais constrangimentos/ dificuldades na implementação de metodologias de autoavaliação da qualidade” tendo sido identificados: a resistência à mudança por parte dos profissionais “ (...) uma certa

atitude conservadora...” (E1), as questões burocráticas, “fazer algo concreto, prático e que dê resposta” (E2) e “que não seja (..) complicado”(E2) e também as “restrições (...) do foro financeiro” (E1).

A última categoria “qualidade nos SSO” permitiu identificar que na opinião dos líderes entrevistados, um SSO de qualidade é aquele que, para além de “ (...) responder rapidamente às exigências (...) legais” (E1) deve responder às exigências dos trabalhadores de forma a melhorar o seu bem-estar no local de trabalho (E1). No entanto, é também referido que o SSO deve ser um parceiro da gestão, “deve ser um bocadinho (...) uma antecâmara da organização...” (E2), fornecendo pistas e informações que permitam ajudar na resolução dos problemas existentes (E2) sendo necessário para isso, que estes conheçam e “percebam a organização” (E2), “entendam os seus líderes” (E2), os trabalhadores e as atividades lá exercidas.

Em suma, as opiniões dos líderes entrevistados vão de encontro ao descrito na literatura. Segundo os autores estudados e a opinião dos líderes entrevistados, estas metodologias de autoavaliação não podem ser implementadas sem o empenho por parte da gestão. O líder deve demonstrar abertura e envolvimento na implementação destas metodologias, assim como procurar criar as condições necessárias para o êxito da iniciativa.

## **2.2. Análise e discussão dos resultados**

Neste subcapítulo serão analisados e discutidos os principais resultados do estudo com base nos resultados anteriormente apresentados.

Este estudo teve como objetivo analisar a Qualidade Organizacional de um SSO de uma Instituição Bancária Pública, utilizando a metodologia CAF. Para a prossecução deste estudo foram utilizadas técnicas mistas de recolha e análise de dados. Neste prisma, as várias fontes que concorreram para a realização deste estudo decorrem da análise documental efetuada para preenchimento das grelhas resumo de autoavaliação, da realização de duas entrevistas semiestruturadas a elementos chave e do resultado dos questionários efetuados em contexto organizacional a todos os profissionais deste SSO.

A investigadora empenhou-se em apresentar uma visão real e precisa do modo de funcionamento do SSO e dos seus resultados, com a identificação de evidências

concretas e objetivas, conseguindo analisar e registar as práticas de gestão nas diferentes áreas.

A confidencialidade e anonimato dos participantes constituíram um fator vital no processo de investigação e foram asseguradas pela investigadora. Com vista a garantir a confidencialidade foi atribuído um carácter facultativo às questões relacionadas com as características sociodemográficas da amostra. Deste modo, apenas um dos profissionais optou por não responder. O anonimato foi garantido uma vez que não foi solicitada identificação dos participantes em nenhuma das questões.

Explorando a taxa de resposta aos questionários ao estudo, verifica-se que a taxa de adesão foi significativa (100%), o que evidencia a participação e o envolvimento dos profissionais no processo de autoavaliação. A forte adesão parece estar relacionada com o facto de, por um lado, o estudo ser inovador neste SSO, por outro lado, o envolvimento direto do coordenador da unidade e a entrega de uma “urna” fechada para depósito do questionário de uma forma confidencial, motivou a adesão e diminuiu a probabilidade de identificação dos profissionais.

A amostra (n=23) é maioritariamente do sexo feminino, com idade média de 45 anos e pertencente ao grupo profissional “Enfermeiros”. Os profissionais deste SSO tem em média 20,9 anos de experiência profissional, dos quais 8,8 anos na área da Saúde Ocupacional. Mostram-se maioritariamente satisfeitos com o desempenho global do SSO (52.2%) e muito satisfeitos com a imagem deste serviço perante a organização (65,2%).

Inicialmente foi explorado o conceito de qualidade organizacional dos profissionais deste SSO tendo-se concluído que estes valorizam nas dimensões da qualidade organizacional a equidade e a acessibilidade em saúde, seguindo-se a satisfação dos clientes e a satisfação dos profissionais. Resultados semelhantes teve Marques (2011) ao concluir que a grande maioria dos profissionais que participaram no seu estudo valorizam a equidade e acessibilidade nas dimensões da qualidade organizacional. Segundo Amado & Soares (2009), este aspeto pode ser facilitador para o envolvimento dos profissionais de saúde no exercício de avaliação, tanto para construir modelos de avaliação como para discutir os resultados.

Tendo em conta a metodologia CAF, suas dimensões, critérios e subcritérios, os objetivos deste estudo, e após análise dos vários documentos para preenchimento das grelhas de autoavaliação, as respostas conseguidas em cada questionário e nas

entrevistas, os resultados obtidos permitiram realizar a autoavaliação da qualidade do serviço de saúde em estudo, identificando pontos fortes e fracos.

Podemos constatar que um dos principais pontos fortes do SSO é a existência de uma liderança que reconhece o trabalho desenvolvido pelas pessoas, lidera através do seu exemplo, e motiva as pessoas para a mudança, para a melhoria e para a inovação. A maioria dos profissionais (73,9%) considera que o Coordenador do SSO é um bom líder. Ao cruzar os resultados obtidos é evidente o forte envolvimento e mobilização que liderança tem na implementação de metodologias de autoavaliação da qualidade organizacional, desde sua gênese até a efetivação das áreas de melhoria, fomentando a discussão, motivando, recolhendo ideias, discutindo ações e comunicando objetivos.

Carapeto & Fonseca (2006) destacam o papel fundamental da liderança na criação de um ambiente de confiança organizacional, promovendo a satisfação dos colaboradores, propiciando o *empowerment* e aprofundando a comunicação. Segundo os mesmos autores, e de acordo com os resultados obtidos, a liderança deve empenhar-se na mudança e fomentar a discussão, estar disponível para responder a todas as questões e recolher ideias e sugestões dos colaboradores, comunicar os objetivos dessa avaliação, acordar os procedimentos para a condução da mesma e discutir as ações que lhe seguirão. De igual forma, Dearing, Thij, & Staes (2006) afirmam que sem o empenho por parte da gestão, a CAF não pode ser implementada com sucesso; sendo que a existência de uma cultura organizacional aberta e moderna é igualmente preponderante para o sucesso deste modelo. Também Bilhim (2004) defende que sem o envolvimento direto da gestão de topo não é possível uma cultura de qualidade, nem no momento do seu nascimento, nem ao longo dos momentos de gestão do seu ciclo de vida. Ainda segundo este autor, sem profundos programas de mudança cultural não é possível implementar, com êxito, culturas de qualidade.

Através dos resultados obtidos, e de acordo com Tutuncu & Kucukusta (2009), comprova-se que a liderança, as parcerias e recursos, os processos, a estratégia, a política, o desenvolvimento e a participação das pessoas são fatores determinantes para a satisfação no trabalho, dando especial ênfase à liderança.

Outro ponto forte é o envolvimento dos colaboradores na reflexão, ainda que de uma forma informal, sobre a avaliação das atividades realizadas e o cumprimento de programas. Verifica-se também a existência de intranet e o *email* como uma forma

célere e de qualidade para a transmissão de informação e veiculação de dados. As reuniões constituem um meio de assegurar oportunidades de comunicação aberta e diálogo, de trabalho de equipa e para fornecer ou receber informação de retorno.

A distribuição de funções é feita tendo em conta os objetivos definidos, as tarefas e os projetos a realizar e os recursos possíveis e presentes. Essa distribuição também é feita tendo em conta o perfil do profissional em causa, bem como as suas expectativas e motivações para o exercício apontado. Consta-se que a liderança promove a monitorização das estratégias implementadas e reajusta o funcionamento, caso seja necessário (ex. através de reuniões informais, na reunião semanais com direção do departamento, nas reuniões das várias estruturas departamentais).

Verifica-se a existência de parcerias entre o SSO e um leque diversificado de entidades (DGS, Faculdade de Motricidade Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Instituto Português do Sangue e Transplantação, Instituto Ricardo Jorge, ACT, entre outros) para a realização de atividades do plano. Há boa gestão dos recursos financeiros, criação de hábitos de poupança, gestão de reaproveitamento de bens, recuperação de artigos e equipamentos, estímulo para poupança de água, eletricidade, papel. Existe também cuidado e preocupação na manutenção constante do material, instalações e equipamento, bem como na sensibilização a todos os elementos da equipa profissional para o bom uso dos equipamentos, espaços e materiais.

Há utilização dos recursos tecnológicos para o trabalho, procurando ter sempre em funcionamento esses recursos, agindo rápida e oportunamente, sempre que necessário, para solucionar os problemas que surgem. Há utilização das tecnologias pelos dos profissionais no desenvolvimento das suas atividades diárias, como por exemplo a existência programa informático de apoio à saúde ocupacional (*workcare* e *safetycare*), *email* e aplicativos vários.

De acordo com os resultados obtidos é possível, também, constatar a existência de sentimento de confiança e de segurança em relação ao SSO e aos profissionais que lá exercem funções, com existência de bom relacionamento entre a equipa profissional e os clientes. De um modo geral, sentem-se com autonomia para o desempenho das suas funções. O respeito, a equidade, o diálogo aberto, o *empowerment*, o reconhecimento, a atenção e apoio, bem como um ambiente seguro e saudável são evidentes nas respostas dos colaboradores e, são fundamentais para assegurar o

empenho e a participação das pessoas na jornada da organização para a excelência. Estes requisitos são muito importantes e devem focar-se na capacidade dos gestores/líderes e colaboradores cooperarem ativamente no desenvolvimento da organização, eliminando barreiras organizacionais através do diálogo, dando espaço à criatividade, à inovação e sugestões para melhorar o desempenho.

É ainda possível constatar através dos resultados a existência de níveis de satisfação elevados dos profissionais em relação a capacidade de inovar por parte desta unidade, ao horário de atendimento e à qualidade das instalações e recursos existentes. Revelaram-se, de uma forma geral, muito satisfeitos com o ambiente de trabalho (69,6%), com os recursos humanos disponíveis (52,2%), com as condições de segurança e proteção (82,6%), com os equipamentos de uso clínico necessários ao desenvolvimento das suas atividades (69,6%), com a limpeza e a higiene dos locais de trabalho (87%) e com as condições de higiene e comodidade proporcionadas (52,2%). Os resultados relativos à satisfação com as condições de trabalho ajudam a compreender o clima organizacional, o tratamento das questões sociais e a igualdade de oportunidade e sentido de justiça no comportamento da organização (DGAEP,2013).

Analisando os resultados obtidos, podemos constatar que outro ponto forte identificado é a existência de uma equipa de profissionais motivados e empenhados, permitindo realizar uma diversidade de atividades e iniciativas de mudança e de melhoria e o desenvolvimento de projetos e eventos.

Os pontos fortes apresentados na autoavaliação deste SSO são similares aos apresentados por Pereira (2008). No seu estudo foram identificados como pontos fortes uma liderança com base no exemplo, elevado grau de satisfação entre responsáveis, colaboradores e clientes.

Ao cruzar os resultados obtidos também foi possível identificar alguns pontos fracos na autoavaliação da qualidade organizacional deste SSO. Assim, um dos pontos fracos identificados é a fraca divulgação sobre o que o SSO faz no relacionamento que tem com outros departamentos e instituições. A Missão e Visão são mal conhecidas e há dificuldade dos profissionais em identificar os valores do SSO. A liderança deve assegurar que a organização seja orientada por uma missão clara, visão e valores fundamentais. Neste sentido, os líderes devem desenvolver a missão, a visão e os valores, requeridos para o sucesso da organização a longo prazo, bem como, co-

municar e assegurar a sua realização. Resultados semelhantes foram obtidos por Pereira (2008) e Marques (2011), que concluíram que a maioria dos profissionais que participaram nos seus estudos desconheciam a Missão e a Visão da instituição onde trabalhavam.

Outro ponto fraco identificado é o insuficiente envolvimento dos profissionais nos processos de organização do serviço, bem como na identificação e na implementação de mudanças. Há necessidade de maior envolvimento e implicação dos profissionais nestes processos, na reflexão das práticas clínicas e na melhoria da qualidade dos cuidados. O envolvimento dos profissionais é fundamental como estratégia para ter em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis.

Os resultados obtidos permitem, ainda, concluir que os profissionais que exercem funções no SSO desconhecem o conteúdo do plano de atividades e têm pouco conhecimento sobre a consecução dos objetivos previstos no Plano de Ação. Existe limitada definição dos objetivos, competências, funções e tarefas na atribuição de parcerias, bem como pouca monitorização do desenvolvimento desse processo. A implementação do planeamento e da estratégia envolvem processos de negociação e consenso, fixação de prioridades, estabelecimento de calendários, processos adequados e de uma estrutura organizacional adequada. A monitorização e a direção devem fazer parte do planeamento, assim como a avaliação da necessidade de modernização e inovação, as quais devem apoiar a organização na melhoria do seu funcionamento.

Embora exista alguma preocupação com a formação da equipa de saúde deverá ser implementado um plano de desenvolvimento pessoal junto da equipa e avaliar o impacto dos programas de formação nas práticas e na replicação entre os pares, assim como, criar mecanismos que promovam de forma proactiva o debate de ideias e reflexão (como por exemplo caixa de sugestões), de forma a aumentar e melhorar a motivação e satisfação profissional. A organização deve criar estruturas que permitam aos profissionais desenvolverem continuamente as suas próprias competências, assumirem maior responsabilidade e terem mais iniciativa e a contribuir para o desenvolvimento do local de trabalho, que pode ser atingido assegurando que os colaboradores associam os seus próprios objetivos de desempenho com os objetivos estratégicos da organização e envolvendo-os também na criação de políticas relacionadas com a formação, motivação e recompensa. Na prática pode ser condensado numa

estratégia de desenvolvimento de competências das pessoas e dos métodos que devem ser aplicados (ex. aprendizagem com colegas, mobilidade profissional, aperfeiçoamento profissional/ formação contínua).

Da leitura integrada dos dados obtidos verifica-se também a não existência de uma periodicidade para a realização de inquéritos de satisfação aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades, expectativas e o nível de envolvimento na organização. Verifica-se também ausência de estratégias uniformes para o acolhimento e integração de novos profissionais.

Da análise dos dados obtidos e segundo os líderes entrevistados, as metodologias de autoavaliação da qualidade podem contribuir para a melhoria da qualidade organizacional permitindo uma maior perceção do trabalho e atividades desenvolvidas. É referido também que a autoavaliação ajuda a perceber melhor a organização e a conhecer melhor o funcionamento da mesma, devendo haver envolvimento do cliente em todo o processo. É também referido que o papel da liderança é extremamente importante na implementação destas metodologias, devendo ser o impulsor deste tipo de projetos, demonstrando abertura e envolvimento nos mesmos. Deverá, ainda, procurar criar as condições necessárias para o êxito da iniciativa, autorizando-a, promovendo-a, apoiando-a sempre que necessário, até atingir com sucesso o fim a que se propõe. Os principais constrangimentos/ dificuldades referidas na implementação de metodologias de autoavaliação da qualidade são a resistência à mudança por parte dos profissionais, as questões burocráticas e as questões financeiras.

Para os líderes entrevistados, um SSO de qualidade é aquele que, para além de responder às exigências legais, deve responder às exigências dos clientes/trabalhadores de forma a melhorar o bem-estar no local de trabalho. No entanto, é também referido que o SSO deve ser um parceiro da gestão, fornecendo pistas e informações que permitam ajudar na resolução dos problemas existentes, sendo necessário para isso, que estes conheçam a organização, os trabalhadores e as atividades lá exercidas.

Depois da análise às várias situações registadas, em termos de perspetivas de melhoria, é possível reunir um conjunto de áreas de melhoria neste processo que a seguir se apresenta. Assim, sugerimos que o SSO deve:

- Procurar envolver mais os profissionais e os clientes a participar nas atividades do SSO e da organização e aumentar a divulgação para o exterior do que se faz neste serviço;
- Procurar mecanismos para melhorar a auscultação dos profissionais e clientes nos processos de decisão e nas opiniões sobre procedimentos.
- Melhorar o funcionamento do SSO, no que respeita à implementação de práticas inovadoras, à oferta de serviços, aos apoios oferecidos aos clientes e ao funcionamento dos serviços a prestar no SSO.
- Melhorar a comunicação com os profissionais, descrevendo o que se espera do seu desempenho e estimular a delegação de competências e de autonomia nas tomadas de decisão.
- Divulgar melhor as metas e o que se pretende, em objetivos quantificáveis, calendarizados no tempo e de forma a serem monitorizados e envolvendo os diferentes intervenientes nas atividades de inovação e mudança.
- Promover reuniões periódicas entre os profissionais, incentivando a partilha de boas práticas e a troca de ideias.
- Consolidar a monitorização das práticas clínicas como estratégia para identificação de boas práticas que contribuam para a melhoria dos cuidados e dos resultados a atingir.
- Definir indicadores de desempenho.
- Assegurar que a informação divulgada é recebida por todos os elementos e é compreendida, de forma a se evitar desconhecimentos dos objetivos definidos, dos procedimentos adotados e das decisões tomadas.
- Rever e divulgar a missão, visão e valores do SSO, envolvendo todas as partes interessadas.
- Rever o regulamento e o manual de procedimentos internos.



### 3. CONCLUSÃO

A realização do presente estudo teve como convicção a vontade de contribuir para a melhoria da qualidade organizacional de um SSO, oferecendo um autodiagnóstico da qualidade, que permitiu conhecer os pontos fortes, os pontos fracos e a elaborar propostas de melhoria. Teve ainda como propósito adjacente a conscientização dos enfermeiros em cargos de gestão para o papel preponderante que estes podem desempenhar na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Entende-se que estas convicções bem como os objetivos propostos foram cumpridos.

Inicialmente a realização de uma revisão integrativa da literatura permitiu obter uma linha de pensamento mais clara sobre a influência das ferramentas da gestão da qualidade na melhoria dos cuidados nos serviços de saúde, mais concretamente na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a sua influência na satisfação do cliente e dos enfermeiros. Este foi um ponto importante que serviu como fio condutor para a elaboração do estudo e que justifica a sua realização.

Este trabalho teve como referência o modelo CAF, enquanto ferramenta de autoavaliação, que permite às organizações, ao olhar para si próprias e refletir sobre as suas práticas, desenvolver estratégias que as torne mais criativas, inovadoras e preocupadas com os seus profissionais e clientes, através da avaliação contínua e da promoção de uma imagem que reflita um elevado grau de excelência.

Neste contexto, partiu-se da revisão de literatura de vários autores que destacam a relevância desta ferramenta. Carapeto & Fonseca (2006) veem na ferramenta CAF um meio poderoso para identificar os meios e os resultados e diagnosticar os pontos fortes e áreas de melhoria de uma organização. De igual forma, Engel (2002) reforça a ideia dos autores anteriores, afirmando que esta ferramenta tem a capacidade de introduzir uma melhoria evolutiva dos recursos internos da organização.

A implementação da CAF neste SSO introduziu os conceitos de gestão pela qualidade e de melhoria contínua, permitindo perceber que se pode aumentar a eficácia e eficiência dos processos e a satisfação de colaboradores e clientes, sem que tal seja sinónimo de aumento de custos. Com a aplicação desta ferramenta, verifica-se que a qualidade pode ser melhorada através da reflexão crítica e envolvimento de todas as pessoas da organização, favorecendo a mudança e a inovação, e permitindo quer

uma monitorização permanente do sistema, quer o controle dos processos e resultados.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os profissionais estão satisfeitos com o desempenho do SSO e com a imagem global transmitida pelo mesmo. Consideram o Coordenador do SSO um bom líder, que reconhece o trabalho desenvolvido, lidera através do exemplo, e motiva as pessoas para a mudança, e para a melhoria da qualidade e inovação. Há envolvimento dos profissionais na reflexão sobre os resultados, sobre a avaliação das atividades realizadas, sobre o cumprimento de programas e projetos. Existe sentimento de confiança e de segurança em relação ao SSO e aos profissionais que lá exercem funções, com existência de bom relacionamento entre a equipa profissional e os clientes. Verifica-se também a existência de elevados níveis de satisfação dos profissionais em relação a capacidade de inovar por parte desta unidade, ao horário de atendimento e à qualidade das instalações e recursos existentes.

Com base na autoavaliação realizada propõe-se, também, algumas melhorias neste serviço como rever e divulgar a missão, visão e valores, envolvendo todas as partes interessadas; maior envolvimento dos profissionais no planeamento e estratégia; clarificação da estratégia para todos os profissionais, através do trabalho de equipa, da realização de reuniões periódicas e da formação na área de gestão da qualidade. Constatámos também, que a avaliação de satisfação aos colaboradores e a clientes, o início de práticas de partilha de conhecimentos através de reuniões frequentes e potenciação da *intranet*, são outras das conclusões/propostas de melhoria oriundas da CAF. É preciso motivar os colaboradores, estimulá-los a participar, envolvê-los nos processos de gestão, promover o diálogo e participação ativa de todos, inculcando-lhes autonomia e delegando responsabilidades. Deverá ainda ser-lhes proporcionado formação adequada, que vise não só a aquisição de novas aprendizagens, mas também que fomente uma reciclagem da formação já existente, promovendo a aprendizagem ao longo da vida.

Nas propostas apresentadas encontram-se valorizadas aspetos como o envolvimento dos profissionais no planeamento e avaliação das atividades, o trabalho em equipa, a formação contínua tendo em conta as necessidades individuais e do serviço, a satisfação dos profissionais e clientes e a gestão cuidada de recursos humanos e materiais.

Da realização deste estudo e, conseqüentemente, dos dados analisados conclui-se que a CAF pode servir como elo de ligação entre a liderança e os colaboradores, fomentando a proatividade entre os profissionais, convidando-os a participar nos processos de tomada de decisão, inovação e melhoria. Nestes processos os líderes têm um papel fundamental, devendo ser os primeiros a aceitar a mudança e a desenvolver competências no âmbito da motivação e capacidade de mobilização dos colaboradores, com o objetivo desenvolver uma política direcionada para a melhoria contínua e com vista à excelência.

Tendo em conta o estudo de caso abordado, conclui-se, também, que a CAF é claramente uma ferramenta que consegue influenciar a qualidade dos cuidados prestados, permitindo encontrar os pontos fortes e pontos fracos, que fornece à gestão informação relevante sobre ações de melhoria e que tem a capacidade de fomentar mudanças na organização e no comportamento dos profissionais e identificar áreas críticas de mudança nas organizações.

Entende-se, também, que a investigação realizada neste estudo é pertinente para o contexto da gestão em enfermagem e oferece contributos importantes, não só para a investigação futura, como também para a prática da enfermagem, nomeadamente na área da saúde ocupacional. A autoavaliação da qualidade organizacional vai permitir não só melhorar o desempenho do SSO em estudo, como também facilitar o trabalho dos profissionais envolvidos. Permitirá, ainda, informar a organização do desempenho global deste SSO, bem como estreitar a relação entre a avaliação externa e a própria autoavaliação, afirmando-a como um instrumento de autonomia.

Os processos de autodiagnóstico, através da aplicação do modelo CAF, são uma oportunidade acessível para as organizações de saúde se conhecerem e entrarem em processos de melhoria contínua, pelo que será importante dar continuidade a este estudo, no sentido de perceber o impacto desta utilização, de procurar definir indicadores de medida para os progressos e também para compreender com mais detalhe, os constrangimentos e fatores críticos na utilização do modelo CAF num serviço de saúde, e mais especificamente num serviço de saúde ocupacional.

As conclusões apresentadas não impedem, no entanto, que se tome consciência das limitações do estudo. Desde logo, trata-se de um estudo de caso com características específicas de uma determinada realidade e não tendo, por isso, a pretensão de generalização. Para além disso, o facto de a autoavaliação ter sido realizada por uma

só pessoa, constituiu um enorme desafio pessoal e profissional, para reunir toda a informação pertinente, refletir sobre a mesma e sistematizá-la de forma credível. Adaptar a aplicação da CAF ao contexto em estudo foi outra limitação encontrada, pois o modelo tem um caráter geral e abrangente para toda a administração pública, tornando-se um enorme desafio interpretar o modelo segundo a realidade da organização estudada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2001). *Occupational safety and health and employability programmes, practices and experiences*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities,
- Aguiar, A. B., Costa, R., Weirich, C., & Bezerra, A. L. (2005). Gerência Dos Serviços De Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (3), 318 – 326.
- Alves, E. (2018). *Aplicação da Common Assessment Framework às Organizações Públicas : Um estudo sobre a sua implementação e as melhores práticas recentes* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/84575/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Everton%20Alves.pdf>
- Amado, C. e Santos, S. (2009). Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. *Health Policy*, 91, 43-56.
- Araújo, M., & Sampaio, P. (2014). The path to excellence of the Portuguese organizations recognised by the EFQM mode. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25 (5), 427 – 438.
- Associação Portuguesa para a Qualidade. (2016). Modelo EFQM. Retrieved from <https://www.apq.pt/servicos-e-projectos/efqm/>
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo* (Ed. revist). Lisboa: Edições 70.
- Bilhim, J. (2006). *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas* (5th ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais.
- Boev, C. (2012). The Relationship Between Nurses' Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368–375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, E. (2018). *Enfermagem do Trabalho Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Brewer, B., & Verran, J. A. (2013). Measuring Nursing Unit Environments with Four Composite Measures. *Nursing Economic\$, 31(5)*, 241–249.
- Burguess, R. G. (2001). *A pesquisa de terreno: Uma introdução - In the Field: An Introduction to Field Research*. Oeiras: Celta Editora.
- Calvo-Mora, A., Navarro-García, A., & Periañez-Cristobal, R. (2015). Project to improve knowledge management and key business results through the EFQM excellence mode. *Internacional Journal of Project Management, 33 (8)*, 1638 – 1651.
- Cândido, J. (2014). *A CAF como instrumento de mudança: a aplicação do modelo Common Assessment Framework na Direção de Apoio Social da Marinha* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa. Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/8281/1/DM-JCLC-2014.pdf>
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública - Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção (2001). *Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas (2ª Edição)*. Lisboa: IDICT.
- Correia, M. L. P. (2016). *Gestão da qualidade e o modelo Common Assessment Framework (CAF). Reflexão sobre a evolução recente nos serviços académicos da Universidade de Évora* (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais, Évora. Retrieved from [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/19236/1/Dissertacao\\_RH-leonarda\\_Correia.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/19236/1/Dissertacao_RH-leonarda_Correia.pdf)
- Couto, G., & Brasileiro, V. (2014). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional – do original: The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. (ANET & Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros). Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagetrabalhooms\\_vfinal\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagetrabalhooms_vfinal_proteg.pdf)
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- D’Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59(1)*, 84–88. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672006000100016>

- Dearing, E., Thij, N., & Staes, P. (2006). *CAF Works – Better Service for the Citizens by Using CAF*. Viena: Austrian Federal Chancellery.
- Despacho nº5613/2015. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª Série – Nº102, de 27 de maio de 2015.13550-13553
- Direção-Geral da Administração e Emprego Público. (2006). 1º Estudo sobre a aplicação da CAF em Portugal. *Centro Estudos CAF*, 1 – 103. Retrieved from [https://www.caf.dgaep.gov.pt/media/homepage/CAF\\_PT/Es-tudo\\_CAF\\_PT\\_2006\\_vf.pdf](https://www.caf.dgaep.gov.pt/media/homepage/CAF_PT/Es-tudo_CAF_PT_2006_vf.pdf)
- Direção-Geral da Administração e Emprego Público. (2013). *Estrutura Comum de Avaliação (CAF). Melhorar as Organizações Públicas através da Autoavaliação*. Retrieved from <http://www.caf.dgaep.gov.pt/>
- Direção-Geral da Administração e Emprego Público. (2018). Resultados do Inquérito sobre a Aplicação da CAF na Administração Central do Estado. *Direção Geral da Administração e Emprego Público*, 0-42. Retrieved from [https://www.caf.dgaep.gov.pt/media//publicacoes/RESULTADOS\\_Inquerito-CAF\\_Adm\\_Central\\_Junho2018.pdf](https://www.caf.dgaep.gov.pt/media//publicacoes/RESULTADOS_Inquerito-CAF_Adm_Central_Junho2018.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), 2ºCiclo*. Retrieved from [https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentosso/pnsoc\\_2\\_ciclo\\_programa\\_norma\\_026\\_2013-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentosso/pnsoc_2_ciclo_programa_norma_026_2013-pdf.aspx)
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Orientação nº 09/2014 de 03 de junho. Autorização para o exercício de Enfermagem do trabalho*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), extensão 2018-2020*. Retrieved from [https://www.dgs.pt/saude.-ocupacional/documentos-so/pnsoc\\_extensao-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/saude.-ocupacional/documentos-so/pnsoc_extensao-pdf.aspx)
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *SAÚDE OCUPACIONAL: as vantagens para as empresas – Trabalhadores mais saudáveis, empresas com mais sucesso!* Retrieved from <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/conpublica-vantagens-so-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

- Dubois, C. A., Damour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>.
- EFQM. (2013). O Modelo de Excelência da EFQM 2013. In *European Foundation for Quality Management* (Vol. 1965). Retrieved from <https://www.efqm.org/index.php/efqm-model/>
- Engel, C. (2002). Common Assessment Framework. *Eipascope*, 1, 1 – 5.
- Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2003). Hanasaari Conceptual Model. Retrieved from [http://www.fohneu.org/R\\_And\\_D/hanasaari\\_model/](http://www.fohneu.org/R_And_D/hanasaari_model/)
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese\\_finalCarla Rego\\_fev2015.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla Rego_fev2015.pdf)
- Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso com Método de Investigação em Enfermagem. *Revista Da UIIPS- Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, VI (2), 102 – 107.
- Flynn, L. D., & Aiken, L. H. (2010). Effects of Nursing Practice Environments on Quality Outcomes in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (12), 2401 – 2406.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fradique, M. de J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III (n.º10), 45 – 53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Frederico, M. F., & Silva, C. F. R. C. (2012). Reformas da Gestão na Saúde- desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (8), 85 – 93. <https://doi.org/10.12707/riii1238>
- Freyssinet, M., & Bastin, A. (2008). Retour d'expérience - Lancement d'une démarche CAF à EFS. *5ème Conférence Sur La Qualité Dans Les Services Publics En Europe*. Paris.

- Godinho, N. (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA*. Lisboa.
- Gomes, H., & Queirós, P. (2018). Prática Clínica do Enfermeiro do Trabalho. In E. Borges (Ed.), *Enfermagem do Trabalho. Formação, investigação e estratégias de intervenção* (pp. 67 –80). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Guerra, R. (2012). *Projeto de aplicação da CAF ao caso da Águas de Coimbra E-M* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10923/1/7554.pdf>
- Heino, J. (2006). Benchmarking of customer satisfaction results from different clinics and departments - the quality and performance indicators and their target levels are included in the BSC model. Retrieved from <https://www.eipa.eu/>
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, 255–262.
- Huber, D. (2006). *Leadership and Nursing Care Management* (3th ed.). Philadelphia: Saunders.
- International Council of Nurses. (2010). Management of nursing and health care services. Retrieved from <https://www.icn.ch/>
- Instituto Português de Qualidade. (2015). Norma Portuguesa Sistemas de Gestão de Qualidade ISO 9001:2015. Requisitos.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis-Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurse's roles in health care. *Nursing Economics*, 16 (29), 58 – 87.
- Lei nº 67/1998 de 26 de outubro (1998). Lei de Proteção dos Dados Pessoais. *Diário da República 1ª Série*, Nº 247 (26-10-1998). 5536-5546.
- Lei nº 102/2009 de 10 de setembro (2009). Regime Jurídico da promoção e saúde no trabalho. *Diário da República 1ª Série*, Nº 176 (10-09-2009).6167-6192.
- Lei nº95/2019 de 4 de setembro (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*

1ª Série, Nº 169 (04-09-2019). 55-66.

Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F., & Almeida, F. (2011). *Introdução à gestão de organizações* (3ª Edição). Porto: Vida Económica.

López, J. (2016). *Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español*. Tesis Doctoral do departamento de Enfermería da universidade Católica de Murcia. Retrieved from <https://docplayer.es/50263668-Analisis-del-marco-conceptual-de-laenfermeria-%0Adel-trabajo-una-propuesta-en-el-contexto-espanol.html>

Loureiro, H., Borges, E., & Melo, E. (2019). *International Congress of Occupational Health Nursing – ICOHN19: Proceedings*. Aveiro: UA Editora.

Marques, C. (2011). Qualidade em saúde como fator competitivo. In A. C. Fernandes (Ed.), *A qualidade em saúde face aos novos desafios do Sistema de Saúde* (pp. 15 – 26). Loures: Diário de Bordo.

Marques, I. (2011). *Avaliação da Qualidade Organizacional em Cuidados de Saúde Primários, através da Common Assessment Framework - O caso da Região do Alentejo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora.

Mattos, U., & Másculo, F. (2011). *Higiene e Segurança do Trabalho*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Wolters Kleiwer / Lippincott William & Wilkins.

Monteiro, J. (2009). *Auto-avaliação de uma escola básica 2º e 3º ciclo: Aplicação do modelo CAF* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3408/1/2009001317.pdf>

Munari, D. B., & Bezerra, A. L. Q. (2004). Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (4), 484 – 486. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400020>

Nogueiro, T. (2008). *Quality on the Portuguese Public Institutions and the CAF model: empiric study on the University of Évora*.

Oermann, M. H., Lambert, J., & Templin, T. (2000). Parents' perceptions of quality health care. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(5), 242–247.

- Oliveira, A., & André, S. (2010). Enfermagem em saúde ocupacional. *Millenium*, 41 (41), 115 – 122.
- Pavletic, D., Pipan, K., & Sokovic, M. (2010). Quality improvement methodologies - PDCA cycle, RADAR matrix, DMAIC and DFSS. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, 43(1), 476–483.
- Peak, M. C., Burke, R., Ryan, S., Wratten, K., Turnock, R., & Enoweth, C. V. (2005). Clinical governance: turn of continuous improvement. *Emerald Group Publishing*, 10(2), 98–105.
- Pedreira, J. (2008). *Implementação de um Modelo de Criação de Valor na Força Aérea “CAF (Common Assessment Framework)” (Dissertação de Mestrado)*. Instituto de Estudos Superiores Militares, Lisboa. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12512/1/TII\\_CAP\\_PEDREIRA.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12512/1/TII_CAP_PEDREIRA.pdf)
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper Saddle River: NJ: Pearson.
- Pereira, C. (2008). *A Qualidade Organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde e a satisfação dos utentes: o caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Socio-Organizacional na Saúde (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais, Évora. Retrieved from [file:///C:/Users/peu144/Downloads/Claudia%20Marisa%20Gon%C3%A7alves%20da%20Silva%20Costa%20Pereira%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%2020168%20044%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/peu144/Downloads/Claudia%20Marisa%20Gon%C3%A7alves%20da%20Silva%20Costa%20Pereira%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%2020168%20044%20(1).pdf)
- Pimentel, L., & Major, M. (2016). Key success factors for quality management implementation: evidence from the public sector. *Total Quality Management*, 27 (9), 997 – 1012.
- Pinto, A., & Soares, I. (2009). *Sistemas de gestão da qualidade: guia para a sua implementação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoais singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Jornal Oficial da*

- União Europeia*. 119, 1-88.
- Regulamento nº 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> Série, Nº 48 (10-03-2015).5948-5942.
- Regulamento nº 372/2018 (2018). Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> Série, Nº114 (15-06-2018).16804-16810.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*, 8 (35), 0 – 20.
- Rocha, E. S. B., Trevizan, M. A., Rocha Júnior, K., & Castelhana-Souza, M. (2013). Gestão da qualidade na enfermagem brasileira: Revisão de literatura. *Revista Enfermagem*, 21 (2), 812 – 817.
- Rocha, J. A. O. (2010). *Gestão da Qualidade. Aplicação aos Serviços Públicos* (2<sup>a</sup> Edição). Lisboa: Escolar Editora.
- Saban, F., Safan, S., & Elkholy, S. (2018). Evaluation of Total Quality Management Program For Unit Nurse Managers at Menoufia University Hospital, Egypt. *COJ Nurse & Healthcare*, 4 (2) (2), 1 – 10.
- Saraiva, M., Alas, N., & Nogueiro, T. (2007). Gestão da Qualidade e o modelo Common Assessment Framework (CAF): Uma proposta de aplicação prática no Ensino Superior Português. *XVII Jornadas Hispano-Luso de Gestión Científica*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Sarkar, S. (2014). *Empreendedorismo e Inovação* (3<sup>a</sup>). Lisboa: Escolar Editora.
- Sarmiento, M. (2003). *Gestão pela Qualidade Total na Indústria do Alojamento Turístico*. Lisboa: Escolar Editora.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). *Essentials of a Productive Nurse*. 57(1), 2–13.
- Silva, S. (2014). *Modelo de Acreditação Integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde - Estudo do Caso do ACeS Porto Ocidental* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retrieved from [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4649/1/ModeloAcreditacaoIntegradaACeS\\_SoniaDuarteSilva.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4649/1/ModeloAcreditacaoIntegradaACeS_SoniaDuarteSilva.pdf)
- Staes, P., Thijs, N., Stoffels, A., & Geldof, S. (2011). Five Years of CAF 2006: From

Adolescence to Maturity – What Next ? *EIPA*.

Streubert, H., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidacta.

Tutuncu, O., & Kucukusta, D. (2009). Canonical correlation between job satisfaction and EFQM business excellence model. *Quality and Quantity*, 44, 1227–1238. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11135-009-9269-0>

Vituri, D. W., & Évora, Y. D. M. (2015). Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (5), 660 – 667.

Wang, K., Chou, C., & Lai, J. (2018). A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient-safety-culture attitude among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27, 225–232.

Whitaker, S., Baranski, B., Health, M., Goals, S. D., WHO Regional office for Europe, & Figure, S. (2001). The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. In *Occupational Health*. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (B. Editora, Ed.).

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

Grelhas de autoavaliação CAF (2013)



## Grelha de Autoavaliação para o Sistema de Pontuação Avançado (CAF)

A grelha de autoavaliação para o Sistema de Pontuação Avançado destina-se a utilizadores da CAF que optem por utilizar este sistema de pontuação.

A grelha de autoavaliação contém os seguintes capítulos (folhas):

[Introdução geral \(esta folha\)](#)

[Introdução aos Critérios de Meios](#)

[Introdução aos Critérios de Resultados](#)

[Resultado Final](#)

O diagnóstico da organização, com base na CAF, registado nesta grelha permite:

- obter um diagnóstico qualitativo do desempenho da organização (pontos fortes e áreas a melhorar);
- calcular de forma automatizada as pontuações dos subcritérios, critérios e pontuação final da organização;
- obter uma lista de sugestões de melhoria por critério, as quais servirão de base à elaboração posterior do Plano de Melhorias.

Para uma correta compreensão da terminologia da grelha de autoavaliação apresentam-se os respetivos conceitos na introdução aos Critérios de Meios e aos Critérios de Resultados.

Toda a autoavaliação deverá ter como base o manual da **CAF 2013** onde se encontram os subcritérios e respetivos exemplos, que servem de base ao diagnóstico. Também devem ser consultadas as introduções dos critérios e de cada subcritério, bem como o glossário onde são fornecidas informações relevantes sobre os principais conceitos e abordagens referidos no modelo CAF 2013.

**Avaliação dos Critérios de Meios**  
**Conceitos fundamentais para a análise dos critérios de meios**

<b>Ciclo PDCA</b>	O PDCA é um ciclo de quatro fases que têm de ser cumpridas para se conseguir a melhoria contínua: Plan/Planejar; Do/Executar; Check/Rever; Act/Ajustar. Na análise dos <b>critérios de meios</b> da CAF, a equipa de autoavaliação deve identificar em cada subcritério as práticas da organização que cumprem o ciclo PDCA, podendo utilizar os exemplos apresentados no modelo CAF como orientação.
<b>Ponto Forte</b>	Os pontos fortes constituem as boas práticas da organização (ilustradas nos exemplos dos subcritérios). Nos critérios de meios designam as ações/práticas suscetíveis de ter uma pontuação elevada de acordo com os quadros de pontuação da CAF.
<b>Áreas a melhorar</b>	Áreas a melhorar constituem os pontos fracos da organização e designam dois tipos de situações: - Ações que existem na organização mas que são suscetíveis de ser melhoradas para o desempenho excelente da organização; - Ações que não existem na organização e que, à luz do modelo CAF, deveriam existir para o bom desempenho da organização.
<b>Sugestões de melhoria</b>	As sugestões de melhoria servem para melhorar os pontos fracos (identificados na coluna as "Áreas a melhorar") e compreendem dois tipos de ações: - Ações que devem ser implementadas para melhorar as práticas com potencial de melhoria (pontos fracos identificados no diagnóstico); - Ações que devem ser implementadas para cumprir os objetivos do subcritério. Nota: os pontos fracos são evidenciados nas "Áreas a melhorar", pelo que não cabe aqui reforçá-los novamente.
<b>Evidência</b>	Informação que comprova uma declaração ou um facto. As evidências são consideradas essenciais na formação de conclusões e julgamentos objetivos e corretos. As evidências, num processo de autoavaliação, devem ser obtidas em regra através de documentos escritos. Outras fontes de evidência são a observação e o consenso.
<b>Partes interessadas</b>	Designa todos aqueles que têm um interesse, financeiro ou não, nas atividades da organização, por exemplo os decisores políticos, os cidadãos/clientes, os colaboradores, o público em geral, as entidades reguladoras, os meios de comunicação social, os fornecedores, etc. As organizações governamentais também são partes interessadas. Para cada subcritério a equipa de autoavaliação deve ponderar quem são as partes interessadas relevantes. Se para alguns casos estas compreendem os cidadãos/clientes, noutros casos apenas serão relevantes os gestores e colaboradores da organização, noutros casos ainda podem incluir também os parceiros e/ou os fornecedores.

PAINEL DOS MEIOS – PONTUAÇÃO AVANÇADA							
Escala		0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
<b>Fases</b>	<b>Evidências</b>	Não há evidências ou existem apenas algumas ideias	Evidências pouco importantes sobre algumas áreas	Evidências importantes sobre áreas relevantes	Evidências importantes sobre a maior parte das áreas	Evidências muito importantes sobre todas as áreas	Evidências excelentes comparadas com outras organizações, relacionadas com todas as áreas.
<b>Plan (Planejar)</b>	O planeamento é baseado nas necessidades e expectativas das partes interessadas*. O planeamento é realizado, de forma regular, por todas as partes interessadas relevantes da organização.						
<b>Do (Executar)</b>	A execução das ações é feita com base em processos e responsabilidades definidas. Existe divulgação das ações, de forma regular, junto das partes interessadas relevantes da organização.						
<b>Check (Rever)</b>	Os processos definidos são monitorizados com base em indicadores e são revistos, de forma regular, com a colaboração das partes interessadas relevantes* da organização.						
<b>Act (Ajustar)</b>	As ações corretivas e de melhoria são tomadas de acordo com os resultados apurados na revisão feita junto das partes interessadas relevantes* da organização.						

**Instruções para cada subcritério**

- Ler a definição de cada fase (Plan, Do, Check e Act);
- Encontrar evidências dos pontos fortes e dos pontos fracos e proceder a uma apreciação global para cada fase na caixa apropriada. Esta apreciação pode ser ilustrada por alguns exemplos de ações ou evidências de forma a não complicar demasiado o exercício de pontuação.

Para obter mais informações - consultar o capítulo sobre o Sistema de Pontuação do Manual CAF 2013.

## Avaliação dos Critérios de Resultados

### Conceitos fundamentais para a análise dos critérios de resultados

<b>Ponto Forte</b>	Resultados que demonstram um desempenho excelente da organização, suscetíveis de terem uma pontuação elevada de acordo com os quadros de pontuação da CAF.
<b>Áreas a melhorar</b>	Áreas a melhorar constituem os pontos fracos da organização e designam dois tipos de situações: - Resultados avaliados que são suscetíveis de ser melhorados, ou seja, necessitam de uma intervenção nos critérios de meios associados para o desempenho excelente da organização; - Resultados que não são avaliados, mas que o deveriam ser para monitorizar o desempenho da organização.
<b>Sugestões de melhoria</b>	As sugestões de melhoria servem para melhorar os pontos fracos (identificados na coluna "Áreas a melhorar") e compreendem o seguinte: - Ações que devem ser implementadas para melhorar os resultados da organização com potencial de melhoria (os pontos fracos identificados no diagnóstico); - Ações que devem ser implementadas para cumprir os objetivos do subcritério (ex: avaliar resultados; avaliar impactos; definir metas anuais, etc).
<b>Indicadores</b>	Medidas que são indicativas, ou seja, que demonstram os resultados de uma ação e que ajudam as organizações a monitorizar, compreender, prever e melhorar o modo como funcionam e o desempenho que alcançam (consultar glossário da CAF 2013).

PAINEL DOS RESULTADOS – PONTUAÇÃO AVANÇADA						
Escala	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
<b>TENDÊNCIAS</b>	Não há resultados avaliados	Tendência negativa.	Tendência estável ou progresso pouco significativo.	Progresso sustentável.	Progresso considerável.	Comparações positivas sobre todos os resultados com outras organizações relevantes.
<b>METAS</b>	Não há metas fixadas ou não há informação disponível.	Os resultados não alcançaram as metas.	Algumas metas foram alcançadas.	Algumas metas relevantes foram alcançadas.	A maior parte das metas relevantes foram alcançadas.	Todas as metas foram alcançadas.

#### Instruções

- Considerar separadamente a tendência dos resultados dos últimos 3 anos e as metas alcançadas no ano anterior.
- Atribuir uma pontuação para a tendência entre 0 e 100 numa escala dividida em 6 níveis.
- Atribuir uma pontuação para as metas alcançadas no ano anterior entre 0 e 100 numa escala dividida em 6 níveis.

Para obter mais informações - consultar o capítulo sobre o Sistema de Pontuação do Manual CAF 2013.

<b>Resultado Final</b>	<b>305</b>
<b>Critério 1. Liderança</b>	<b>48</b>
1.1. Dar uma orientação à organização desenvolvendo a missão, visão e valores	33
1.2. Gerir a organização, o desempenho e a melhoria contínua	50
1.3. Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo de conduta	61
1.4. Gerir de forma eficaz as relações com o nível político e outras partes interessadas	50
<b>Critério 2. Planeamento e estratégia</b>	<b>48</b>
2.1. Recolher informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas, bem como informação de gestão relevante	53
2.2. Desenvolver a estratégia e o planeamento, tendo em conta a informação recolhida	63
2.3. Comunicar e implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização e rever de forma regular	53
2.4. Planear, implementar e rever a inovação e a mudança	23
<b>Critério 3. Pessoas</b>	<b>71</b>
3.1. Planear, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia	73
3.2. Identificar, desenvolver e utilizar as competências das pessoas, alinhando os objetivos individuais e organizacionais	68
3.3. Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades e apoiar o seu bem-	73
<b>Critério 4. Critério Parcerias e recursos</b>	<b>51</b>
4.1. Desenvolver e gerir parcerias com organizações relevantes	15
4.2. Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos/clientes	18
4.3. Gerir os recursos financeiros	81
4.4. Gerir o conhecimento e a informação	69
4.5. Gerir os recursos tecnológicos	60
4.6. Gerir os recursos materiais	64
<b>Critério 5. Processos</b>	<b>25</b>
5.1. Identificar, conceber, gerir e inovar os processos de forma sistemática, envolvendo as partes interessadas	16
5.2. Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes	43
5.3. Coordenar os processos em toda a organização e com outras organizações relevantes	15
<b>Critério 6. Resultados orientados para os cidadãos/clientes</b>	<b>0</b>
6.1. Medições da Perceção	0
6.2. Medições do desempenho	0
<b>Critério 7. Resultados das pessoas</b>	<b>12</b>
7.1. Medições da Perceção	16
7.2. Medições do desempenho	8
<b>Critério 8. Resultados da responsabilidade social</b>	<b>12</b>
8.1. Medições da Perceção	16
8.2. Medições do desempenho	8
<b>Critério 9. Resultados do desempenho-chave</b>	<b>40</b>
9.1. Resultados externos: resultados e impactos em relação aos objetivos	38
9.2. Resultados internos: nível de eficiência	41

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

Pedido de autorização para realização do estudo



Exmo. Sr.

Diretor Recursos Humanos

████████████████████

Maria do Rosário Mira Matos, enfermeira, a exercer funções no Serviço de Saúde Ocupacional do ██████████, vem por este meio solicitar que Vossa Excelência se digne a autorizar a realização de um estudo de investigação intitulado “Avaliação da Qualidade Organizacional de um Serviço de Saúde Ocupacional”.

O presente estudo é desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL, que se encontra a frequentar, sob orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra, e tem como principal objetivo analisar a qualidade organizacional de um Serviço de Saúde Ocupacional, com base no modelo *Common Assessment Framework*.

A recolha de dados será feita com aplicação de um questionário a todos os colaboradores deste serviço, e a realização de entrevistas semiestruturadas a elementos chave.

O trabalho supracitado tem apenas finalidade académica, pelo que será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade de todos os participantes. Será também garantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos, assim como da Instituição, respeitando as regras da Declaração de Helsínquia e Legislação Nacional em vigor.

Compromete-se, ainda, a partilhar os dados obtidos, considerando a importância do tema para o Serviço em estudo e para a própria Instituição.

Agradecendo desde já toda atenção, está ao dispor para prestar qualquer esclarecimento adicional que for achado conveniente.

Pede deferimento.

Atenciosamente,

Lisboa, 17 de setembro de 2019



RE: Pedido de autorização do estudo

[REDACTED]

seg 23-09-2019 11:20

Para: M. Rosário Matos <[REDACTED]>

Cc: M. Rosário Matos <[REDACTED]>

De acordo.

[REDACTED]

[REDACTED]

Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos Human Resources Department

R: [REDACTED]

T: [REDACTED]

pt: [REDACTED]

From: M. Rosário Matos

Sent: 17 de setembro de 2019 10:14

To: Pe [REDACTED]

Cc: M. [REDACTED]

Subject: Pedido de autorização do estudo

Bom dia Dr. [REDACTED]

Conforme combinado, envio em anexo pedido de autorização para o estudo de investigação a realizar no âmbito do mestrado que estou a frequentar.

Ressalvo que na referida carta de autorização foi utilizado o termo de Serviço de Saúde Ocupacional para que o [REDACTED] não fosse facilmente identificável.

Envio também cópia do projeto entregue na Escola, assim como, o parecer do gabinete de Compliance e Declaração do professor orientador da tese.

Estou ao dispôr para qualquer informação que considere ser necessário.

Atenciosamente,

Maria Rosário Matos

Enfermeira

[REDACTED]

Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos Human Resources Department

R: [REDACTED]

T: [REDACTED]

pt: [REDACTED]



## **APÊNDICE II**

Questionário sobre Qualidade Organizacional aos Colaboradores



## Questionário aos Colaboradores

*Adaptado de Common Assessment Framework (DGAEP, 2013)*

Estimado (a) Colaborador (a)

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar um estudo sobre “Avaliação da Qualidade Organizacional de um Serviço de Saúde Ocupacional”, sob orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra.

Este questionário foi construído com base no *Modelo Common Assessment Framework* (CAF). A CAF é uma ferramenta de Gestão da Qualidade, desenvolvida a nível europeu e inspirada no modelo de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), construída para ajudar as organizações do setor público a utilizar técnicas de Gestão da Qualidade. Tem por base a autoavaliação e permite, deste modo, diagnosticar os pontos fortes e as áreas a melhorar dentro da organização.

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que se destina aos profissionais que exercem a sua função no Serviço de Saúde Ocupacional, que tem como objetivo obter a sua opinião sobre a qualidade organizacional deste serviço.

Prevê-se que demore cerca de **15 minutos**. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. É importante que leia atentamente e responda a todas as questões.

A participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode negar ou interromper o preenchimento do questionário, a qualquer momento, se o entender. **Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.**

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a investigadora Rosário Matos pelo *e-mail* [mariarosariomatos@campus.esel.pt](mailto:mariarosariomatos@campus.esel.pt) ou através do telemóvel 914714463.

## Parte I

### Caracterização sociodemográfica

(as respostas a este item são facultativas)

**1. Sexo:**

Masculino

Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**3. Grupo Profissional:**

Médicos

Enfermeiros

Psicólogos

Outro: \_\_\_\_\_

**4. Tempo de Exercício profissional:** \_\_\_\_\_ anos

**5. Tempo de Exercício no Serviço de Saúde Ocupacional:** \_\_\_\_\_ anos

**Parte II**  
**Qualidade Organizacional**

**1. Na sua opinião, Qualidade em Saúde está relacionada com:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

- Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com nível de desempenho profissional de excelência
- Os recursos disponíveis
- A Satisfação dos utentes
- A Satisfação dos profissionais
- Outra: \_\_\_\_\_

**2. A Missão é a razão de ser de uma organização. Conhece a Missão do Serviço de Saúde Ocupacional?**

(Assinale, por favor, apenas uma resposta)

- Sim
- Não

**3. Qual pensa ser a Missão do Serviço de Saúde Ocupacional?**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

- Promoção, vigilância da saúde e a prevenção e diagnóstico de situações de doença dos indivíduos no seu local de trabalho
- Identificação e prevenção de todos os fatores de risco existentes no ambiente laboral, físicos e/ou psicossociais
- Garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil
- Adequar os recursos disponíveis às necessidades de saúde dos trabalhadores
- Melhorar o estado de saúde dos trabalhadores, visando ganhos em saúde
- Cumprir o Plano Nacional de Saúde Ocupacional
- Outra: \_\_\_\_\_

**4. A Visão de uma organização reflete aquilo que a organização pretende fazer e alcançar a médio e a longo prazo. Conhece a Visão do Serviço de Saúde Ocupacional?**

(Assinale, por favor, apenas uma resposta)

- Sim

Não

**4.1. Em caso afirmativo, como teve conhecimento da Visão desta unidade:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

Transmitida pelos responsáveis

Transmitida pelos colegas de trabalho

Através do plano de atividades

Regulamento interno

Manual de procedimentos

Outra: \_\_\_\_\_

**5. Qual pensa ser a Visão do Serviço de Saúde Ocupacional:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

Promoção e proteção da saúde dos trabalhadores

Prevenção e controlo da doença, tanto física como mental, sobretudo em ambiente laboral

Minimização das consequências resultantes dos riscos para a saúde (doença/acidentes)

Vigilância sistemática e periódica da saúde dos trabalhadores

Desenvolvimento de uma cultura excelência na prestação de cuidados de saúde

Outra: \_\_\_\_\_

**6. O conceito de Valor refere-se à orientação dada ao comportamento dos profissionais para o sucesso da organização a longo prazo. Na sua opinião, quais são os valores essenciais defendidos pelo Serviço de Saúde Ocupacional:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

Qualidade e Excelência

Inovação e Impacto na Organização

Dignificação e Reconhecimento

Produtividade e Satisfação

Transparência e Respeito

Honestidade e Experiência

Espírito de equipa e Responsabilização

Outro: \_\_\_\_\_

**7. Quando iniciou funções nesta unidade beneficiou de:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

Manual de acolhimento

Período de integração / Tutoria

Formação

Não sei / não respondo

Outra: \_\_\_\_\_

**8. Para desenvolver as suas aptidões e novas competências, beneficiou de alguma destas iniciativas nos últimos meses:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

Formação interna

Formação externa

Partilha dos conhecimentos e das experiências obtidas em ações de formação por colegas

Apoio de especialistas na área da Qualidade

Formação de equipas de trabalho em Qualidade

Feedback sobre os resultados alcançados

Nenhuma

Não sei/ não repondo

Outra: \_\_\_\_\_

**9. São realizados inquéritos aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas?**

(Assinale, por favor, apenas uma resposta)

Sim

Não

**9.1. Em caso afirmativo, qual é a periodicidade:**

- Anual
- Superior a 1 ano e inferior a 3 anos
- Superior a 3 anos
- Não sei/ não respondo

**10. Indique a sua opinião sobre a liderança do Serviço de Saúde Ocupacional, relativamente a:**

	Discordo total-mente	Dis-cordo	Con-cordo	Concordo total-mente	Não sei/ não res-pondo
Liderança através do exemplo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstração de empenho no processo de mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceitação de sugestões de melhoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atuação de acordo com os objetivos e valores definidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delegação de competências e responsabilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção de ações de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção da autonomia dos colaboradores, da sua capacidade de inovação e atitudes pró-ativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhecimento e atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajudar os profissionais a atingir os planos e objetivos individuais na prossecução dos objetivos organizacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação do tratamento dado aos profissionais, às suas necessidades e situações em causa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partilha de informação relevante com os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Na elaboração do Plano de Atividades da Unidade, no último ano:**

	Discordo total-mente	Dis-cordo	Con-cordo	Concordo total-mente	Não sei/ não res-pondo
Houve participação de representantes de todos os grupos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Houve a participação de todos os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Foram ouvidas e tomadas em consideração as opiniões dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi do conhecimento de todos os profissionais os processos de contratualização em curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo do Plano de Atividades da unidade, nos últimos meses:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

- Reuniões de serviço
- Circulares internas
- Painel de divulgação
- Correio eletrónico / intranet
- Não sei/ não respondo
- Outras: \_\_\_\_\_

**13. Das estratégias supracitadas, qual a estratégia que considera ser mais eficaz na divulgação da informação:**

**14. Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções:**

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

**15. No Serviço de Saúde Ocupacional onde exerce as funções, existe:**

	Discordo totalmente	Dis-cordo	Con-cordo	Concordo totalmente	Não sei/ não respondo
Negociação com os profissionais sobre os objetivos da unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cultura de abertura, não hierárquica, de comunicação e diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos de trabalho multidisciplinares para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participação ativa dos profissionais para partilha de informação relevante, através de reuniões, por exemplo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolvimento dos profissionais na identificação e implementação de processos de melhoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16. Nos últimos 3 meses, participou em reuniões (formais e/ ou informais) com os responsáveis e colegas com o objetivo de:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

- Discutir questões clínicas ou organizativas
- Encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar os problemas identificados
- Participar em atividades de melhoria da qualidade
- Fornecer informação de retorno ou feedback, sobre o trabalho realizado
- Avaliar e debater o trabalho realizado
- Não sei/ não respondo
- Outra: \_\_\_\_\_

**17. Se lhe pedissem para desenvolver a sua atividade através de novos métodos (como por exemplo novas aplicações informáticas), qual seria a sua reação:**

	1	2	3	4	5	
Nada favorável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito favorável

**18. Para fazer parte de um projeto de mudança que vise a melhoria da Qualidade nesta unidade, considera que:**

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta)

- Precisa de formação em tecnologias de informação e comunicação

- Precisa de formação e ações de sensibilização para a área da Qualidade
- Precisa de aprofundar/ melhorar as competências e os conhecimentos nesta área
- Já possuí as competências e os conhecimentos necessários
- Não sei/ não respondo
- Outra: \_\_\_\_\_

**19. Visando a melhoria da qualidade, que mudanças gostaria que ocorressem. Enumere duas.**

**20. Indique, por favor, o seu grau de satisfação relativamente ao Serviço de Saúde Ocupacional, no que respeita a:**

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei/ não respondo
Imagem perante a organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempenho global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento com utentes/ trabalhadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível de envolvimento dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mecanismos de consulta e diálogo nas equipas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como são recompensados os esforços individuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como são recompensados os esforços de grupo/ equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postura da organização face à mudança e inovação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Indique, por favor, o seu grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na unidade onde trabalha, no que respeita a:**

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei/não respondo
Limpeza e higiene dos locais de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espaço físico, quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de segurança e proteção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços de refeitório e bar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamentos informáticos necessários ao desenvolvimento das atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamentos de uso clínico necessários ao desenvolvimento das atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambiente de trabalho no que respeita à satisfação dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recursos humanos disponíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Sugestões/ comentários**

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## **APÊNDICE III**

Grelha de Análise das Perguntas Abertas



### Grelha de Análise das Perguntas Abertas

Área Temática	Categoria	Subcategoria	N
Melhoria da Qualidade	Gestão de cuidados	Organização dos cuidados	4
		Qualidade dos cuidados	4
		Trabalho de Equipa	4
		Multidisciplinaridade	2
	Comunicação	Partilha de informação	2
		Reuniões	2
	Formação	Promoção de Formação	3
		Formação Especializada	4
	Gestão estratégica	Envolvimento da equipa	2
	Gestão de Recursos Humanos	Vínculo laboral	1
Reconhecimento da importância da Saúde Ocupacional		1	

**Síntese das categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo que emergiram da análise de conteúdo das perguntas abertas**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Gestão de cuidados</b>	Organização dos cuidados	<p><i>“Realização de protocolos de atuação”</i></p> <p><i>“Melhoria dos protocolos de atuação”</i></p> <p><i>“Protocolos para promover maior autonomia dos profissionais (...)”</i></p> <p><i>“Melhor estruturação na gestão das consultas”</i></p>
	Qualidade dos cuidados	<p><i>“Constituição de equipas multidisciplinares para realização de auditorias internas de qualidade (...)”</i></p> <p><i>“Certificação de processos”</i></p> <p><i>“Auditorias internas para monitorização da qualidade”</i></p> <p><i>“Avaliação estatística do impacto dos ensinamentos/ intervenções”</i></p>
	Trabalho de equipa	<p><i>“Multidisciplinaridade efetiva”</i></p> <p><i>“Maior articulação entre profissionais...”</i></p> <p><i>“Aumento da transparência e solidariedade”</i></p> <p><i>“Reforço da coesão e espírito de equipa”</i></p>
	Comunicação	<p><i>“Melhor partilha de conhecimentos”</i></p> <p><i>“Partilha de informação relevante”</i></p> <p><i>“Reuniões de equipa periódicas “</i></p> <p><i>“Reuniões multidisciplinares”</i></p>
	Multidisciplinaridade	<p><i>“Intervenção da ergonomia na organização”</i></p> <p><i>“Maior articulação intra e interinstitucional”</i></p>
<b>Gestão de Recursos Humanos</b>	Vínculos	<i>“Estabilidade da relação contratual”</i>
<b>Reconhecimento da importância da Saúde Ocupacional</b>		<i>“Reconhecimento da hierarquia de que a saúde ocupacional melhora a qualidade de vida no trabalho”</i>
<b>Formação</b>	Promoção de formação	<p><i>“Ações de formação”</i></p> <p><i>“...levantamento das necessidades de formação”</i></p> <p><i>“Formação interna e/ou externa”</i></p> <p><i>“Levantamento de necessidades de formação dos profissionais de saúde”</i></p>

		<i>“Realização de formação interna e/ou externa de acordo com os indicadores levantados”</i>
	Formação especializada	<i>“Formação da equipa sobre diversas temáticas da área da saúde ocupacional” “...necessidades de formação em qualidade”</i>
<b>Gestão Estratégica</b>	Envolvimento da equipa	<i>“Maior envolvimento de toda a equipa na formulação dos objetivos anuais” Divulgação das estratégias organizacionais”</i>



## **APÊNDICE IV**

Guião de Entrevista Semiestruturada



## Guião de entrevista semiestruturada

	OBJETIVOS	QUESTÕES	OBSERVAÇÕES
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legitimar a entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimento pela colaboração;</li> <li>• Elucidar sobre os objetivos e a finalidade do estudo em curso;</li> <li>• Consentimento informado;</li> <li>• Solicitar autorização para a gravação da entrevista;</li> <li>• Informar da possibilidade de recusar a continuação da entrevista a qualquer momento;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	Colocar o gravador de forma discreta
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender o papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhece alguma metodologia de autoavaliação da qualidade organizacional? Qual?</li> <li>• Na sua opinião, de que forma uma autoavaliação da qualidade contribui para a melhoria da qualidade organizacional?</li> <li>• Na sua opinião, qual é o papel da liderança na implementação de metodologias de melhoria da qualidade?</li> <li>• Como gestor, quais são os principais constrangimentos/ dificuldades na implementação destas metodologias?</li> <li>• Na sua perspetiva, o que é um Serviço de Saúde Ocupacional de qualidade?</li> </ul>	
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminar a entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar-se para qualquer esclarecimento;</li> <li>• Disponibilizar-se para informar sobre os resultados do estudo;</li> <li>• Agradecer a colaboração.</li> </ul>	



## **APÊNDICE V**

Grelha de Análise Entrevistas



### Grelha de análise das entrevistas

Área Temática	Categoria	Subcategoria	N
O papel da liderança na melhoria da qualidade organizacional	Metodologias de autoavaliação da qualidade	Envolvimento do cliente	7
		Melhoria da qualidade	6
	Papel da liderança	Liderança como exemplo	5
		Envolvimento do líder	5
	Dificuldades/obstáculos	Resistência à mudança	3
		Burocracia	5
		Questões financeiras	1
A Qualidade Organizacional nos SSO	Qualidade nos SSO	Colaborar com a gestão	5
		Melhoria bem-estar no trabalho	4
		Cumprir a legislação	1

**Síntese das categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo das entrevistas**

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
<p><b>Autoavaliação da qualidade organizacional</b></p>	<p>Melhoria da qualidade</p>	<p><i>“ter uma autoavaliação e depois comparar e perceber o que se pode corrigir”(E2)</i></p> <p><i>“... vai levantar uma série de questões que muitas vezes não pensamos nelas no dia-a-dia”(E1)</i></p> <p><i>“Contribui para uma maior percepção do trabalho desenvolvido” (E1)</i></p> <p><i>“...permite uma visão mais alargada sobre atividades desenvolvidas” (E1)</i></p> <p><i>“Ajuda a perceber melhor a organização e a conhecer melhor o funcionamento da mesma” (E1)</i></p> <p><i>“porque é preciso não só detetar os erros, detetar as más práticas, é preciso corrigi-las logo que possível”(E1)</i></p>
	<p>Envolvimento do cliente</p>	<p><i>“os clientes internos também têm que opinar” (E2)</i></p> <p><i>“acredito muito mais numa lógica de ouvir o cliente” (E2)</i></p> <p><i>“agora os meus clientes é que são o grande radar das coisas” (E2)</i></p> <p><i>“ poder auscultá-los e ouvi-los” (E2)</i></p> <p><i>“eu acho fundamental ouvir os clientes (...)”(E2)</i></p> <p><i>“Acho que os nossos clientes ... mas tenho que os ouvir...eu tenho que os perceber” (E2)</i></p>

		<p><i>“prefiro adaptar-me e ir mudando no sentido de mais perto dos clientes” (E2)</i></p>
<b>Papel da Liderança</b>	Liderança como exemplo	<p><i>“acho que é fundamental ele (líder) dar o exemplo...”(E2)</i></p> <p><i>“se ele (líder) não der o exemplo acho que não se consegue implementar nada”(E2)</i></p> <p><i>“Se ele der o exemplo fica tudo mais fácil”(E2)</i></p> <p><i>“Eu vejo muito a liderança como um sistema de exemplo”(E2)</i></p> <p><i>“Acho que é o papel principal”(E1)</i></p>
	Envolvimento do líder	<p><i>“Sem a liderança, sem a coordenação não vale a pena” (E1)</i></p> <p><i>“Sem o envolvimento da liderança, muito dificilmente o projeto chegará a bom termo” (E1)</i></p> <p><i>“sem a sua autorização e concordância expressa provavelmente nem sairá da gaveta”(E1)</i></p> <p><i>“Deverá procurar criar as condições necessárias para o êxito da iniciativa”(E1)</i></p> <p><i>“.. autorizando-a, promovendo-a, apoiando-a sempre que necessário, até atingir com sucesso o fim a que se propõe”(E1)</i></p>
<b>Dificuldades/ constrangimentos</b>	Resistência à mudança	<p><i>“ (...) alguns dos próprios colaboradores também não estarem suficientemente despertos e não querem fazer essas mudanças”(E1)</i></p> <p><i>“Há sempre uma certa atitude conservadora...”(E1)</i></p> <p><i>“Uma certa reação á mudança”(E1)</i></p>

	Burocracia	<p><i>“Acho muito mais simples fazer algo concreto, prático e que dê resposta”(E2)</i></p> <p><i>“é preciso pensar sempre o que se quer antes de começar a fazer as coisas.”(E2)</i></p> <p><i>“coisas realistas que não sejam brutalmente complicadas”(E2)</i></p> <p><i>“é essencialmente devido à cadeia hierárquica.... Penso que é o que mais dificulta”(E1)</i></p> <p><i>“inquéritos de 150 perguntas (...) que não servem para nada”(E2)</i></p>
	Questões financeiras	<p><i>“restrições ou dos constrangimentos (...), do foro financeiro”(E1)</i></p>
<b>Qualidade nos SSO</b>	Colaboração com a gestão	<p><i>“deve ser um bocadinho (...) uma ante camara da organização...”(E2)</i></p> <p><i>“deve ser também os ouvidos, os olhos, sentir o pulsar da organização”(E2)</i></p> <p><i>“nunca desrespeitar qualquer questão”(E2)</i></p> <p><i>“perceber a organização”(E2)</i></p> <p><i>“entender os seus líderes”(E2)</i></p> <p><i>“é poder dar-me pistas para cuidado”</i></p>
	Cumprir a legislação	<p><i>“tem que responder rapidamente às exigências (...) legais”(E1)</i></p>
	Melhoria do bem-estar no trabalho	<p><i>“para perceber padrões”(E2)</i></p> <p><i>“para dizer que se temos ali um problema”(E2)</i></p> <p><i>“tem que responder rapidamente às exigências (...) dos colaboradores”(E1)</i></p> <p><i>“ter clientes muitos e poder auscultá-los e ouvi-los”(E2)</i></p>