

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CONTABILIDADE,  
FISCALIDADE E FINANÇAS EMPRESARIAIS

**CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE NOS CENTROS  
HOSPITALARES PORTUGUESES: DETERMINANTES E  
CONSEQUÊNCIAS DA SUA ADOÇÃO**

**David José Gomes**

**Orientação:** Mestre António Carlos de Oliveira Samagaio

**Júri:**

**Presidente:** Doutor Eduardo Barbosa do Couto, professor auxiliar do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

**Vogais:** Graça Maria de Oliveira Miranda Silva, professora assistente do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa

Mestre António Carlos de Oliveira Samagaio, professor assistente do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa

**Lisboa, Setembro de 2011**

## RESUMO

A saúde é assumida como um bem público de extrema importância para os cidadãos portugueses que o contemplam na sua Constituição. Contudo a actual crise económica vivida na Europa, põe em causa a continuidade dos serviços prestados de forma tendencialmente gratuita e a sua qualidade.

Neste sentido torna-se pertinente saber quais as formas de maximizar os recursos, a qualidade e a performance com os recursos disponíveis.

O presente estudo debruça-se sobre as certificações de qualidade, procurando saber se estas provocam impactos positivos a nível financeiro e operacional nas unidades de saúde portuguesas.

Foram abrangidas pelo estudo unidades de saúde públicas e privadas e utilizados inquéritos a directores de serviço hospitalar. Para aumentar a abrangência do estudo, foi estudada a performance das unidades de saúde através de um modelo DEA e de uma regressão linear. Quanto aos impactos financeiros foram submetidos a uma regressão linear rácios de liquidez, estrutura de capitais e rendibilidade.

O estudo conclui que a resistência à mudança e os custos elevados são os maiores obstáculos à implementação de certificações de qualidade. Quanto ao maior benefício inerente a essa implementação é considerada a redução de desperdícios.

Constata-se igualmente que existem algumas diferenças na maneira como as unidades de saúde EPE's e privadas encaram a problemática das certificações de qualidade. As certificações de qualidade provocam ainda melhorias na eficiência dos serviços hospitalares.

**Palavras-chave:** Performance, qualidade, certificação, centros hospitalares, impactos, regressão linear, questionário, modelo DEA.

## ABSTRACT

Health is viewed as a public good of great importance to the Portuguese citizens who contemplate it in its Constitution. However, the current economic crisis experienced in Europe, calls into question the continuation of underlying free services its quality.

In this sense it becomes pertinent to know the ways to maximize resources, quality and performance with the available resources.

This study focuses on quality certifications, wondering if they had a positive impact in financial and operational health units in Portugal.

The study was covered by private and public health units and the opinion surveys to hospital service's directors. To increase the scope of the study, it was to study the health care unit's performance with a DEA model and a linear regression.

For the financial impacts, some liquidity, capital structure and profitability ratios were subjected to a linear regression.

The study concludes that resistance to change and the high costs are the biggest obstacles to the quality certifications implementation.

As for the greatest benefit inherent in the implementation and considered waste reduction.

It is also noted that there are some differences in how EPE's and private health units face the problem of quality certifications.

Quality certifications also cause improvements in the hospital service's efficiency.

**Keywords:** Performance, quality, certification, hospital units, impacts, linear regression, inquiry, DEA model.

## AGRADECIMENTOS

A presente tese é o culminar de um período de aprendizagem e trabalho que contou com a colaboração de numerosas pessoas. A todas desejo manifestar a minha gratidão.

Um agradecimento especial ao orientador, Mestre António Samagaio e ao co-orientador, Capitão Luís Godinho, pela disponibilidade, espírito crítico, orientações, sugestões e partilha do imenso saber.

A todos os peritos e directores de serviços hospitalares que colaboraram no estudo.

À minha família por todo o apoio prestado durante toda a minha vida, em especial à minha mãe, pelo sacrifício e tempo abdicado da sua companhia para a elaboração da presente tese.

À minha avó, que infelizmente não verá o resultado destes anos de trabalho académico.

A ti Gabriela, pela paciência, motivação e apoio demonstrados.

A todos os que colaboraram comigo na elaboração desta tese e que permitiram que a sua realização fosse possível o meu muito obrigado.

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	2
LISTA DE TABELAS .....	6
ABREVIATURAS .....	7
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA .....	11
2.1. RESENHA HISTÓRICA DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE NA SAÚDE.....	11
2.2 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE.....	13
2.3 BENEFÍCIOS DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE .....	14
2.4 DETERMINANTES DA QUALIDADE E PERFORMANCE .....	15
CAPÍTULO III – DADOS E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	17
3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA .....	17
3.2 DESENVOLVIMENTO DO INQUÉRITO .....	19
3.3 PRÁTICAS DA CERTIFICAÇÃO .....	20
3.3.1 MODELO EMPÍRICO .....	20
3.3.2 MENSURAÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE .....	21
CAPÍTULO IV – ANÁLISE DE RESULTADOS.....	25
4.1 ANÁLISE UNIVARIADA E BIVARIADA.....	25
4.2 ANÁLISE MULTIVARIADA .....	30
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA.....	33
5.1 CONCLUSÕES .....	33
5.1.1 QUESTIONÁRIO .....	33
5.1.2 ESTUDO EMPÍRICO .....	35
5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	36
5.3 INVESTIGAÇÃO FUTURA .....	38
BIBLIOGRAFIA .....	39
ANEXOS .....	45

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Caracterização da amostra do Inquérito

TABELA 2 – Caracterização dos serviços hospitalares certificados quanto à sua propriedade

TABELA 3- Quadro com os Motivos para a não adopção de certificações de qualidade

TABELA 4– Quadro com as principais causas da decisão de implementar um processo de certificação de qualidade

TABELA 5 – Quadro com os maiores obstáculos encontrados durante um processo de obtenção de certificações de qualidade

TABELA 6 – Impactos provocados pela certificação de qualidade

TABELA 7 – Perspectiva de obtenção de certificações de qualidade nos próximos 2 anos

TABELA 8 - Resultados da regressão linear

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I** - Quadro das unidades de saúde com indicadores financeiros utilizados no estudo estudadas

**ANEXO II** - Questionário

**ANEXO III** – Indicadores de eficiência do modelo DEA

## ABREVIATURAS

- ✚ ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- ✚ CAPEX – Capital expenditures
- ✚ CEP - Controlo Estatístico de Processos
- ✚ DEA - Data Envelopment Analysis
- ✚ DMU - Decision Making Units
- ✚ EPE – Entidade Pública Empresarial
- ✚ E.U.A. – Estados Unidos da América
- ✚ PME – Pequenas e Médias Empresas
- ✚ IPAC - Instituto Português de Acreditação
- ✚ IPQ - Instituto Português da Qualidade
- ✚ ISO - International Organization for Standardization
- ✚ OOPEX – Sigla para um indicador que resulta do indicador OPEX  
(Operational expenditures) subtraído dos custos com o pessoal
- ✚ ROA - Return on Actives
- ✚ RCP – Retorno do Capital Próprio
- ✚ SGQ – Sistema de Gestão de Qualidade
- ✚ SNS - Serviço Nacional de Saúde
- ✚ SUS - Serviço Unificado de Saúde
- ✚ USDHSHQ -United States Department of Health and Human Services  
Hospital Quality

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Em Portugal a protecção da saúde é entendida pelos cidadãos como um direito social e cultural, o que implica que o seu acesso deve ser universal e tendencialmente gratuito. É também constitucionalmente protegido desde 1976 e para isso foi implementado um Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nos últimos anos, o sector hospitalar português tem sido confrontado com importantes mudanças e desafios de gestão. Por um lado, o surgimento de hospitais privados fomentou a concorrência entre unidades do sector público e privado, por outro a actual crise aumenta a necessidade de rentabilizar os recursos disponíveis.

Assim, o sector da saúde deixou de pertencer aos bens colectivos para passar a pertencer ao conjunto de bens comerciáveis, capazes de gerar lucro. A escassez de recursos financeiros e a necessidade de assegurar os cuidados de saúde à população, tem criado uma pressão crescente para a utilização correcta e eficiente dos recursos nos hospitais públicos. Adicionalmente, alguns hospitais públicos passaram a ter uma gestão assegurada por empresas privadas. Por último, devido à crescente globalização e à democratização do acesso à informação, os utentes passaram a estar cada vez mais informados, exigentes e atentos.

Como o sector hospitalar possui uma particularidade que dificilmente se encontra em outros sectores. Devido ao facto de o seu produto final ser constituído por serviços que possuem uma estreita ligação com o bem-estar e a vida do utente. Os utentes esperam que estes serviços sejam executados de forma minuciosa e o mais eficazmente possível (Sousa e Lacerda, 2009).

Neste contexto, torna-se imperativo para as unidades hospitalares, procurarem áreas de diferenciação dos seus concorrentes, de modo a poderem aumentar a sua competitividade nos mercados e assegurar melhores cuidados de saúde. *“Uma empresa competitiva precisa assegurar que é e permanece mensuravelmente melhor que os seus concorrentes na secção das principais actividades, desenvolvendo-as da melhor forma de modo a que ninguém mais o possa fazer”*. (Oliveira, 2005)

As certificações de qualidade, baseadas em normas internacionais que regulam os procedimentos internos nas várias fases dos serviços até à satisfação do utente, têm sido uma das acções estratégicas adoptadas pelas unidades hospitalares, por forma, a dar resposta às crescentes exigências colocadas por entidades reguladoras e pelos próprios utentes. Isto porque o movimento da qualidade e as ferramentas internacionais desenvolvidas são vistas como um dos principais caminhos para a melhoria dos métodos praticados pelas empresas (Cachadinha, 2009). Consequentemente, as certificações de qualidade deverão assumir uma maior premência nas unidades hospitalares atendendo à sua envolvente actual.

A gestão da qualidade tem vindo a revelar-se como uma das principais preocupações das organizações da actualidade. Cada vez mais é encarada como um factor de competitividade que pode influenciar de forma muito significativa a produtividade, os resultados das organizações e consequentemente os destinos das mesmas. Para Feigenbaum (1988) as empresas têm de ter presente que o facto de tornar a sua oferta de produtos e serviços mais célere e barata contribui para a sua competitividade, e tornar a sua oferta melhor é o método mais eficaz de alcançar esse fim. A produtividade é também melhorada com a melhoria da qualidade. Segundo Conway (1981) citado por Liliana Pinto (2009) a qualidade tem um efeito directo e positivo na produtividade das organizações.

Embora, a gestão da qualidade comporte benefícios para as organizações, o design e implementação de determinadas práticas criam custos. Segundo Pires (2004), os processos de certificação de qualidade acarretam custos para as unidades de saúde que nem sempre são fáceis de mensurar.

Os estudos efectuados referem que as certificações de qualidade trazem benefícios aos centros hospitalares com reflexos na sua performance (Staines, 2000). Como impactos mais assinaláveis são apontados o aumento da satisfação dos clientes e redução da sua insatisfação, o aumento da produtividade, aumento da retenção de clientes, maior dedicação dos colaboradores e redução do absentismo.

Assim, o presente trabalho visa estudar de uma forma integrada as seguintes questões de investigação:

- a) Identificar os motivos que levam os hospitais a empreender processos conducentes às certificações de qualidade.
- b) Identificar as principais dificuldades com que os hospitais se deparam durante os processos de certificação de qualidade.
- c) Identificar e analisar o impacto da certificação de qualidade na performance financeira e não financeira dos hospitais.

O presente estudo empírico procura contribuir para o conhecimento sobre duas perspectivas. Em primeiro lugar, a literatura existente sobre o tema é na sua maioria oriunda de países anglo-saxónicos e o seu enquadramento social, cultural e económico é bastante diferente da conjuntura vivida em Portugal. Em segundo lugar, este estudo procura alargar o conhecimento sobre quais as motivações que levam a iniciar o processo, dificuldades de implementação e impactos da adopção de certificações de qualidade nos centros hospitalares portugueses. Num contexto de forte contenção orçamental nas despesas do Estado, importa verificar se os benefícios inerentes à adopção de certificações de qualidade são vantajosos face aos custos associados.

Após esta introdução, o estudo encontra-se estruturado em 4 capítulos adicionais. No segundo capítulo é desenvolvida a revisão da literatura de suporte às três questões de investigação acima identificadas. Numa primeira etapa é apresentada uma evolução do conceito de qualidade, dos processos de acreditação da qualidade no sector hospitalar. Depois, são apresentados os determinantes dos processos de certificação da qualidade, as dificuldades associadas à implementação e as consequências na performance das organizações. No terceiro capítulo é descrita a amostra utilizada no estudo, bem como, apresentados o método de investigação e as variáveis utilizadas no estudo. No quarto capítulo são apresentados os resultados e sua discussão e no quinto capítulo apresenta-se a conclusão, onde serão incluídas algumas sugestões possíveis para estudos futuros.

## **CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA**

A palavra qualidade surge inúmeras vezes no contexto actual, ligada a múltiplos sectores e contingências do quotidiano. No entanto esta depende da percepção pessoal do indivíduo ou organização que a interpreta. No sector empresarial a qualidade pode ser entendida como o reflexo das relações entre a gestão de topo, colaboradores, fornecedores e clientes de uma organização e a sua ausência pode representar uma parte significativa dos custos das organizações (Corsby, 1979). No sector da saúde, a qualidade está relacionada com o impacto nas condições de vida do doente. Segundo alguns autores (Kluk, 2005; Thielscher, 2010) a qualidade na saúde pode ser definida como o grau em que os cuidados médicos aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados nos pacientes através dos conhecimentos existentes na altura do tratamento. A importância do conhecimento é reforçada por Payne (1987) que afirma que a qualidade hospitalar resulta do nível de perfeição atingido pelos profissionais no diagnóstico e terapêutica das doenças.

Os estudos que se debruçam sobre a importância da qualidade referem que as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade e que estas são um motivo pelo qual as organizações têm de criar um ambiente propício para existir uma melhoria contínua da qualidade. (Deming, 1982)

### **2.1. RESENHA HISTÓRICA DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE NA SAÚDE**

A primeira certificação de qualidade no sector hospitalar surgiu no final da década de 60 do século XX nos Estados Unidos da América, altura em que já existiam alguns processos do género em vários outros sectores (D'innocenzo, 2006). Esta adesão tardia do sector hospitalar prendeu-se com o facto de muitas instituições do sector crerem que possuíam qualidade em medida suficiente, por temerem ser bastante complexa a gestão das mudanças que o processo de gestão baseado na qualidade causaria, por perceberem que houve uma sobrestimação dos conhecimentos médicos e por terem a ideia de que os profissionais de medicina eram bastante resistentes ao trabalho em equipa. (Mello e Camargo, 1998)

O crescente interesse e preocupação com a qualidade por parte das organizações criou o ambiente propício para o surgimento de sistemas de gestão da qualidade (SGQ). Estes sistemas de gestão são um conjunto de normas que definem os procedimentos e organizam as actividades ligadas à qualidade com vista ao aumento da qualidade dos produtos ou serviços produzidos. Desta forma, as organizações procuram aumentar a competitividade, reduzir custos, melhorar o desempenho e conseqüentemente os resultados (Báez,1993 citado por Pinto, L., 2009). Brown (2009) refere ainda que a gestão da qualidade procura concentrar-se na redução de variações no processo de produção, na melhoria da qualidade dos produtos e optimização dos custos de produção.

Actualmente, os sistemas de gestão da qualidade são instrumentos cada vez mais populares (Cordeiro, 2004), sobretudo, devido à existência de processos de acreditação. A acreditação materializa-se numa certificação emitida por um organismo competente sobre a adequabilidade das práticas de gestão da qualidade da organização com determinadas regras. Neste contexto, a certificação constitui um instrumento que reforça a credibilidade das acções estratégicas empreendidas pela organização, tornando-se num factor relevante de competitividade.

Actualmente existem inúmeras certificações de qualidade internacionais e todas elas possuem parâmetros e exigências específicas. As certificações mais utilizadas no sector hospitalar em Portugal são a ISO 9001 e *Joint Comission International*.

As normas de qualidade ISO são publicadas pela maior organização de desenvolvimento e publicação de normas a nível mundial, a *International Organization for Standardization*. As certificações *Joint Comission* destinam-se ao sector da saúde, cujas normas possuem flexibilidade de avaliação e implementação consoante o país onde se encontra a organização que pretende ser certificada. Desta forma, este modelo tem em conta as diferenças e especificidades sociais, económicas, culturais e políticas dos diversos países (Joint Commission, 2010).

Apesar do sector hospitalar se encontrar em constante processo de inovação, devido em grande parte a um aumento do número de hospitais privados, desenvolvimento dos mercados dos seguros de saúde, o aumento das exigências legais e conseqüente aumento da concorrência e expectativas dos pacientes, as certificações de qualidade como as

ISO, amplamente difundidas na indústria, continuam estranhamente a ser raras no sector (Staines, 2000).

## **2.2 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE**

O processo de adopção das certificações de qualidade implica mudanças transversais em todos os sectores das organizações, e estas mudanças tendem a provocar resistência por parte dos colaboradores, membros da gestão de topo, utentes e fornecedores. Por outro lado, no decurso do processo podem surgir imprevistos para os quais as organizações têm de estar preparadas. Depexe (2007) revela num estudo que elaborou no Brasil, que a cultura organizacional e a resistência à mudança juntamente com o sistema burocrático são as maiores dificuldades sentidas pelas organizações na adopção de certificações.

Com base num estudo desenvolvido num hospital regional Suíço, Staines (2000) verifica que a implementação de uma certificação ISO 9001 requer um investimento considerável a nível monetário e de horas de trabalho. Por outro lado, o autor indica que os problemas organizacionais e estruturais devem ser resolvidos antes de iniciado o processo de certificação pois irá defrontar inevitavelmente uma resistência à mudança por parte de colaboradores de todos os níveis hierárquicos. Por último, constata alguns efeitos indesejados como o facto de após a implementação da certificação de qualidade ISO 9001 os trabalhos burocráticos dos colaboradores aumentarem o que pode ser prejudicial para a produtividade.

Lo e Humphrey (2000) defendem que os custos resultantes da aplicação de um SGQ, os recursos inadequados e reduzida assistência externa são as maiores dificuldades das organizações no que respeita à implementação de processos conducentes às certificações de qualidade.

### 2.3 BENEFÍCIOS DAS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE

Apesar das dificuldades enunciadas na secção anterior, várias organizações estabelecem como objectivo estratégico o desenvolvimento de um processo que culmine na certificação de qualidade. Este facto constitui um sinal de que existem benefícios com a certificação de qualidade. Nos parágrafos seguintes são apresentadas algumas conclusões obtidas por vários autores sobre o assunto.

Rayner P. e Porter L.J. (1991) realizaram um estudo no Reino Unido a 20 Pequenas e médias empresas (PME) e constataram que os principais benefícios das certificações são a aquisição e retenção de clientes, entrada em novos mercados e redução da insatisfação dos clientes. O estudo revelou ainda que 85 % das empresas estudadas viram as suas expectativas superadas com a adopção de certificações.

Baseado numa amostra de empresas Britânicas, Buttle (1996) identificou que a maioria das empresas que procuram certificações ISO 9000, fá-lo para obter benefícios operacionais e de marketing, e sobretudo, aumentar os lucros. Como factores secundários são apontados a melhoria dos processos, conquista de novos clientes, utilização das certificações para fins promocionais, melhoria da satisfação dos clientes e aumento do “*long time value*” dos clientes actuais.

Mais recentemente, Poksinska (2007) concluiu que os benefícios mais assinaláveis resultantes da adopção de certificações de qualidade prendem-se com o aumento da produtividade, qualidade, satisfação dos clientes e conseqüente competitividade, assinalou ainda uma maior dedicação por parte dos colaboradores.

No caso do sector hospitalar, Staines (2000) identifica vários benefícios associados à certificação de qualidade ISO 9001, a saber: i) diminuição do prazo de implementação de nova legislação; ii) facilitar a possibilidade de verificar se determinado equipamento foi verificado ou esterilizado e por quem; iii) aumentar a motivação dos colaboradores; iv) facilitar a formação de novos funcionários e; v) reduz a estrutura informal das organizações. No entanto, este estudo incide apenas sobre um hospital e por isso é difícil extrapolar os resultados para a generalidade dos hospitais.

Em suma, os impactos da adopção de certificações de qualidade são variados. Com base em estudos anteriores constata-se que os benefícios mais assinaláveis são o

aumento da satisfação dos clientes e redução da sua insatisfação, o aumento da produtividade, aumento da retenção de clientes, maior dedicação dos colaboradores, redução do absentismo, entrada em novos mercados, facilidade na implementação de nova legislação e formação de novos colaboradores. Quanto a impactos menos desejados destacam-se os custos e o aumento de tarefas burocráticas por parte dos colaboradores.

## **2.4 DETERMINANTES DA QUALIDADE E PERFORMANCE**

A avaliação dos benefícios da certificação de qualidade na organização requer a consideração de alguns factores contextuais. De acordo com Thielscher (2010), a mensuração da qualidade e performance no sector da saúde falha devido a um conjunto de factores como o local de tratamento, a doença a ser estudada, a idade dos pacientes, o efeito Placebo de cada doente e os tratamentos encetados que têm efeitos diferentes de pessoa para pessoa.

Alguns estudos apontam que a natureza da propriedade do hospital e a sua localização são determinantes para a sua qualidade. O estudo de Siddiqui e Khandaker (2007) mostra que a qualidade dos cuidados de saúde pode ser influenciada pelo tipo de propriedade. Este estudo realizado no Bangladesh, tem por base a opinião dos pacientes e mostra que a qualidade dos serviços de saúde nos hospitais privados é superior aos serviços praticados em hospitais públicos. Em Portugal, um estudo realizado por Vieira (1996) a 22 hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo conclui também que o único hospital com fins lucrativos possui a maior eficiência técnica da amostra.

Na Turquia, o estudo de Taner e Antiny (2006) compara a qualidade dos serviços dos hospitais públicos e privados tendo encontrado que, na perspectiva dos utentes, os hospitais privados possuem uma melhor qualidade hoteleira face aos hospitais públicos pois apostam mais no aspecto, design e layout das instalações. Refere ainda que a qualidade das condições de visita oferecidas aos familiares é superior nos hospitais, privados. Na componente operacional o estudo revela que a performance dos serviços prestados e a qualidade da comunicação entre paciente e funcionários hospitalares é superior nos hospitais privados.

Todavia, os resultados de outros estudos não são tão peremptórios neste campo. Forbes et al (2010) concluíram num estudo baseado em 339 hospitais australianos, que a diferença de performance e de qualidade entre hospitais públicos e privados apenas é significativa quando estes são de média dimensão. Concluíram ainda que hospitais públicos ou privados de pequena ou média dimensão possuem uma menor produtividade face a hospitais de grande dimensão. Deste modo a dimensão dos hospitais pode igualmente ser um factor determinante na sua performance.

Um outro determinante de performance no sector, apontado por alguns estudos é a localização do centro hospitalar. Com base em 4203 hospitais dos EUA (3780 localizados em zonas urbanas e 423 localizados em zonas rurais), Lutfyya et al (2006) concluíram que os hospitais localizados em zonas urbanas possuem melhores resultados em vários indicadores quando comparados com hospitais localizados em zonas rurais. O estudo englobou 12 indicadores de qualidade elaborados pelo United States Department of Health and Human Services Hospital Quality - USDHHSQ (como o tempo de espera que cada paciente constatava até receber determinado medicamento, o processamento da documentação e registo dos tratamentos prestados aos pacientes) e avalia os cuidados prestados a pacientes com falhas cardíacas ou pneumonia. Para os investigadores, o facto de os hospitais rurais possuírem um menor financiamento, menos recursos e não obterem economias de escala tão relevantes quanto os hospitais de áreas urbanas, poderá estar na base para o pior ranking dos hospitais das zonas rurais. No estudo são catalogados como hospitais em áreas rurais, hospitais localizados em cidades com oitenta mil habitantes um número de habitantes superior ao da maioria das cidades portuguesas. No mesmo sentido, Letta (2006) refere que as zonas rurais têm qualidade nos cuidados de saúde inferior à constatada em áreas urbanas. As razões apontadas para esta diferença são as diferenças de investimento e conseqüente equipamento disponível, o reduzido número de pacientes e oferta de serviços de saúde nas áreas rurais face às áreas urbanas.

## **CAPÍTULO III – DADOS E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO**

O presente trabalho visa estudar de uma forma integrada as seguintes questões de investigação:

**RQ1:** Identificar os motivos que levam os hospitais a empreender processos conducentes às certificações de qualidade.

**RQ2:** Identificar as principais dificuldades com que os hospitais se deparam durante os processos de certificação de qualidade.

**RQ3:** Identificar e analisar o impacto da certificação de qualidade na performance financeira e não financeira dos hospitais.

### **3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA**

De modo a alcançar os objectivos relacionados com a RQ1 e RQ2 e tendo em consideração diversos estudos sobre as certificações de qualidade no sector hospitalar (Siddiqui e Khandaker, 2007; Taner e Antiny, 2006) decidiu-se utilizar como técnica de recolha de dados o inquérito por questionário (Anexo II). O questionário foi divulgado aos directores de serviços hospitalares através de canais internos das respectivas organizações. Previamente tinha sido aprovada e autorizada a resposta a estes questionários pelas administrações e concelhos de ética das mesmas. A temática abordada por este trabalho faz parte do julgamento de cada interveniente, pelo que, para garantir uma maior credibilidade e volume de respostas obtidas, foi assegurado o total anonimato das mesmas. Por último, os questionários encontraram-se disponíveis num sítio da Internet para resposta entre a segunda quinzena de Junho e a última de Agosto de 2011.

Foram realizados 223 inquéritos e obtidas 120 respostas de 11 centros hospitalares distintos (7 centros hospitalares EPE e 4 centros hospitalares privados). Dos inquéritos respondidos, foram validados 118 deles (80 do sector público e 38 do sector privado). Os dois inquéritos invalidados apresentavam incongruências nas respostas, que poriam

em causa o seu tratamento estatístico e a seriedade do estudo. Na Tabela 1 é apresentada a caracterização dos inquiridos que compõem a amostra do estudo.

**TABELA I: Caracterização da amostra do Inquérito**

Descrição		Frequência	%	% Acumulada
Centros Hospitalares	<i>Públicos</i>	80	67,8%	67,8%
	<i>Privados</i>	38	32,2%	100%
<b>Total</b>		<b>118</b>	<b>100%</b>	
Idade	< 35 Anos	3	2,5%	2,5%
	Entre 35 e 55 anos	52	44,1%	46,6%
	> 55 Anos	63	53,4%	100%
	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>	
Sexo	Feminino	27	22,9%	22,9%
	Masculino	91	77,1%	100%
	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>	
Anos de direcção	< 5 Anos	68	57,6%	57,6%
	Entre 5 e 10 anos	42	35,6%	93,2%
	> 10 Anos	8	6,8%	100%
	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>	

O estudo da RQ3 incidiu sobre uma amostra de 34 centros hospitalares EPE e 8 hospitais privados durante um período de sete anos (de 2003 a 2009). A população de hospitais EPE em 2009 era de 44 centros hospitalares. Os centros hospitalares foram

escolhidos de modo a diversificar as características da amostra e abranger hospitais localizados fora e dentro de áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. A amostra contempla ainda centros hospitalares com e sem certificações de qualidade. É de realçar que nem todos os indicadores dos centros hospitalares foram estudados durante todo o período referido, os motivos para tal devem-se ao facto de alguns centros hospitalares não fornecerem todos os indicadores necessários ao cálculo dos rácios ou porque foram constituídos apenas durante o período estudado. Os dados utilizados respeitantes aos centros hospitalares EPE foram recolhidos no site oficial da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), os dados respeitantes aos hospitais privados foram fornecidos pelas próprias instituições.

### **3.2 DESENVOLVIMENTO DO INQUÉRITO**

O questionário era constituído por cinco núcleos de perguntas. A primeira parte do questionário era constituída por questões relacionadas com a caracterização da amostra, nomeadamente, a idade, o número de anos de chefia do serviço hospitalar e género, e o serviço que dirigem segundo a natureza da sua propriedade e a existência ou não de certificações de qualidade.

A segunda parte destinava-se a directores de serviço que não possuíam certificações de qualidade e visava saber quais as razões para a sua não adopção. A resposta era composta por cinco opções baseadas na literatura (Lo e Humphrey, 2000; Depexe, 2007; Branco, 2008) e também uma opção de resposta aberta.

A terceira parte compreendia uma questão com o objectivo de identificar a influência de um conjunto de factores na adopção das certificações de qualidade pelos Serviços das Unidades Hospitalares. A questão era composta por dez opções retiradas da literatura (Pires 2004; Souza e Lacerda, 2009; Buttle, 1996) e também uma opção de resposta aberta. A avaliação foi baseada numa escala de *likert* compreendida entre 1 (sem importância) a 5 (muito importante). A quarta parte do questionário tinha como objectivo identificar os principais obstáculos inerentes a um processo de implementação de certificações de qualidade. A resposta era composta por seis opções retiradas da literatura (Lo e Humphrey, 2000; Depexe, 2007; Branco, 2008) e também uma opção de resposta aberta. Por último, foi questionada a perspectiva que os inquiridos possuíam de

vir a encetar um processo de implementação de certificações de qualidade nos próximos dois anos.

### 3.3 PRÁTICAS DA CERTIFICAÇÃO

#### 3.3.1 MODELO EMPÍRICO

A análise da RQ3 definida no início deste capítulo é baseada num modelo de regressão linear múltipla, dado pela seguinte equação:

$$Perf = \alpha + \beta_1 Cert + \beta_2 Prop + \beta_3 Loc + \beta_4 Dim$$

Em que:

- *Perf*: indicadores de performance financeira e não financeira
- *Cert*: representa o grau de intensidade de certificação de qualidade
- *Prop*: variável dicotómica que representa o facto do centro hospitalar ser público ou privado (1- hospital público e 0 – hospital privado).
- *Loc*: variável dicotómica que representa o facto do centro hospitalar se encontrar dentro ou fora de uma área metropolitana (1 – hospital localizado dentro de uma área metropolitana e 0 – hospital localizado fora de uma área metropolitana).
- *Dim*: representa o número de camas do centro hospitalar

A variável *CERT* é determinada a partir do seguinte quociente:

$$CERT = \frac{\text{Número de Certificações}}{\text{Número de serviços hospitalares}}$$

### 3.3.2 MENSURAÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE

A performance dos hospitais é mensurada a partir de vários rácios financeiros (liquidez, estrutura de capitais e rentabilidade) e do coeficiente de eficiência operacional obtido através do modelo do *Data Envelopment Analysis* (DEA). De modo a colmatar esta questão o estudo empírico divide-se em três fases distintas.

Para o estudo da performance financeira dos centros hospitalares (Anexo I) foram utilizados como variáveis independentes rácios de liquidez, estrutura de capitais e rentabilidade. Quanto à liquidez foram utilizados os seguintes rácios:

- Liquidez Geral =  $\frac{\text{Activo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$
- Liquidez reduzida =  $\frac{\text{Activo Circulante} - \text{Existências}}{\text{Passivo Circulante}}$
- Liquidez imediata =  $\frac{\text{Depósitos} + \text{Caixa} + \text{Títulos Negociáveis}}{\text{Passivo Circulante}}$

No que ao estudo da estrutura de capitais diz respeito foram utilizadas como variáveis independentes os seguintes rácios:

- Autonomia Financeira =  $\frac{\text{Capitais Próprios}}{\text{Activo Líquido}}$
- Solvabilidade =  $\frac{\text{Capitais Próprios}}{\text{Passivo}}$

Para estudar a rentabilidade foram estudadas as seguintes variáveis independentes:

$$- \text{ROA} = \frac{\text{Resultado Líquido do Exercício}}{\text{Total de activos}}$$

$$- \text{RCP} = \frac{\text{Resultado Líquido do Exercício}}{\text{Capital Próprio}}$$

Para o estudo da análise da performance operacional ou eficiência dos respectivos centros hospitalares foi utilizado um modelo DEA, amplamente utilizado em estudos anteriores (Simões e Marques, 2009; Rego et al, 2008; Zere et al, 2005). O modelo inicial desenvolvido por Charnes et al, (1978) procura determinar a eficiência de uma unidade produtiva comparativamente às demais, considerando-se os múltiplos recursos utilizados e os múltiplos produtos gerados.

O modelo DEA é uma ferramenta não paramétrica que avalia a eficiência técnica relativa de unidades produtivas, chamadas de unidades tomadoras de decisão (DMU, da sigla em inglês *Decision Making Units*), comparando entidades que produzem tarefas semelhantes e que se diferenciam pela quantidade de recursos utilizados (*inputs*) e de bens produzidos (*outputs*). Este modelo é uma ferramenta adequada tanto para avaliar a eficiência relativa das DMUs quanto para o estabelecimento de metas para DMU's consideradas ineficientes (Wilhelm e Tavares, 2008).

Existem vários modelos DEA que se adequam a diferentes tipos de estudo e metodologias. Neste estudo será utilizado o modelo DEA BCC ou DEA VRS. Desenvolvido por Banker, C e Cooper W. o modelo pressupõe que as unidades estudadas apresentam retornos variáveis de escala (Beloni, 2001). Para a elaboração deste método é necessária a escolha de variáveis *inputs*, que são os recursos que determinada organização utiliza para produzir serviços e podem ser humanos, materiais ou financeiros, e variáveis *outputs*, que são os bens ou serviços produzidos por determinada organização com os inputs disponíveis, a serem estudadas (Vries, 2001).

O presente estudo empírico teve em linha de conta estudos anteriores. É ainda importante ter presente algumas especificidades do método quando aplicado ao sector da saúde como o facto de o sector hospitalar requerer um especial cuidado na escolha dos inputs e outputs a utilizar. Este motivo prende-se com o facto de existirem inúmeros hospitais especializados (como institutos de oncologia, hospitais pediátricos, psiquiátricos e maternidades por exemplo) e por este motivo não fornecem um vasto leque de serviços e consequentes outputs.

O estudo de Rego et al (2008) ao sector hospitalar público português considerou os seguintes *inputs*:

- Custos com os pacientes internados.
- Custos com pacientes fora das instalações.
- Custos com serviços de emergência.
- Custos com pediatria.
- Número de camas.
- Número de médicos.
- Número de enfermeiros.
- Número de restante pessoal

O mesmo estudo utiliza os seguintes *outputs*:

- Pacientes que receberam alta.
- Número de consultas externas.
- Número de emergências
- Número de sessões diárias de pediatria.
- Número de cirurgias.

O estudo de Simões e Marques (2009) utilizou os seguintes indicadores financeiros dos hospitais públicos portugueses: CAPEX<sup>1</sup>, OOPEX<sup>2</sup> e o número de funcionários. Como outputs, foram utilizados o número de pacientes, de urgências e de consultas. O

---

<sup>1</sup> CAPEX : Indicador Financeiro que agrega os activos tangíveis, intangíveis e financeiros

<sup>2</sup> OOPEX: Indicador operacional que agrega os custos das mercadorias vendidas, custos de vendas, e administrativas, depreciações e amortizações e custos operacionais subtraído dos custos com pessoal

estudo de Zere et al (2005) utiliza como inputs do modelo DEA as despesas correntes totais, o número de camas, número de enfermeiros, total de consultas em ambulatório e dias de internamento. As despesas correntes totais agregam salários e benefícios, produtos farmacêuticos, suprimentos e custos com equipamentos e serviços.

Com base na literatura existente e nos dados recolhidos, os inputs escolhidos para o estudo foram o total das despesas correntes, número de médicos, enfermeiros e auxiliares operacionais disponíveis.

Os outputs considerados neste estudo são os seguintes: número de doentes saídos, o número de cirurgias realizadas, o número de urgências ocorridas e o número de consultas externas realizadas.

O indicador de eficiência resultante do modelo DEA BCC será utilizado à posteriori como uma variável dependente na regressão linear.

## CAPÍTULO IV – ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos no estudo. Para facilitar a compreensão são inseridos quadros com os resultados alcançados.

### 4.1 ANÁLISE UNIVARIADA E BIVARIADA

O inquérito realizado a directores de serviço de vários centros hospitalares do país revela que apenas 11 deles (9,3%) chefiavam serviços com certificações de qualidade (5 do sector privado e 6 do sector público) (Tabela 2). A média de idade das pessoas inquiridas situa-se nos 54 anos e 6 meses e ocupam o cargo em média há 4 anos e 8 meses. A média de idades dos directores de serviços certificados é de 51 anos e a média dos directores de serviços não certificados é de 55 anos.

**TABELA 2 – Caracterização dos serviços hospitalares certificados quanto à sua propriedade**

	SERVIÇOS CERTIFICADOS	SERVIÇOS NÃO CERTIFICADOS
SECTOR PÚBLICO	6	74
SECTOR PRIVADO	5	33
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>107</b>

Dos motivos apontados para a não adopção de certificações de qualidade, 57% manifesta falta de verbas para tal, 55,14%, dos inquiridos apontam que as mesmas não provocam qualquer benefício aos serviços, 34,6% refere que as normas se encontram desadequadas à realidade, 15,8% revela dificuldade na interpretação das normas de qualidade, 7,5% manifestam falta de apoio por parte da gestão de topo, 4,7% apontam a sua entrada na reforma e a falta de conhecimento de como se inicia o processo de certificação de qualidade e por ultimo 1,9 % afirma desconhecer a existência de certificações hospitalares na área da saúde (Tabela 3).

**Tabela 3 – Quadro com os Motivos para a não adopção de certificações de qualidade**

Falta de verbas	57,00%
Falta de benefícios	55,14%
Desadequação das normas	34,60%
Dificuldade de Interpretação das normas	15,80%
Falta de apoio por parte da gestão de topo	7,50%
Entrada na reforma dos directores	4,70%
Falta de conhecimento de como se inicia o processo	4,70%
Falta de conhecimento da sua existência	1,90%

Os resultados mostram que a dificuldade de interpretação das normas é um obstáculo mais relevante para os serviços hospitalares do sector privado do que para os serviços hospitalares do sector EPE o mesmo se passando com a opinião de que as normas das certificações de qualidade se encontram desadequadas à realidade. Quanto à falta de verbas, o estudo revela que é um obstáculo mais relevante para os serviços hospitalares do sector EPE do que para o sector privado.

O primeiro objectivo do nosso trabalho visava identificar as causas da decisão de implementar um processo de certificação de qualidade (**RQ1**).

De acordo com os resultados da Tabela 4, 82% dos inquiridos indica a tentativa de evitar desperdícios, 73% a melhoria dos processos, 63% apontam a tendência de mercado, 55% a imagem para o exterior, a redução de custos e a melhoria de qualidade foram o motivo para 36% dos inquiridos. Por último são referidos a tentativa de evitar o absentismo dos colaboradores (27%), entrada em novos mercados (18%) e o incentivo por parte de uma empresa consultora (9%).

**TABELA 4 – Quadro com as principais causas que levam à implementação de um processo de certificação de qualidade**

Causas	Frequência
Tentativa de evitar desperdícios	82%
Melhoria dos processos	73%
Tendência de mercado	63%

Imagem para o exterior	55%
Redução de custos	36%
Melhoria de qualidade	36%
Evitar o absentismo dos colaboradores	27%
Entrada em novos mercados	18%
Incentivo por parte de uma empresa consultora	9%
N.º de observações	11

O segundo objectivo do trabalho visava identificar os principais obstáculos à implementação com sucesso do processo de certificação de qualidade (**RQ2**).

A questão foi dirigida a toda a amostra pois directores de serviços de saúde não certificados podem acompanhar de perto processos de certificação de outros serviços de saúde da sua instituição ou podem já ter encetado um processo nesse sentido que não foi finalizado, podem inclusive já ter dirigido um serviço hospitalar onde implementaram certificações hospitalares.

Responderam a esta questão 87 directores (58 de serviços de saúde EPE e 29 de serviços de saúde privados). De acordo com os resultados da Tabela 5, 63,2% dos inquiridos assinalam a resistência à mudança por parte dos colaboradores, 50,6% apontam os custos elevados, 25,3% a burocracia inerente a todo o processo, 21,8% a dificuldade de interpretação das normas, 14,9% a morosidade do processo e 4,6% dos inquiridos manifestam ainda que a falta de apoio por parte da gestão de topo é um obstáculo à obtenção de certificações de qualidade.

Denota-se igualmente, os serviços de saúde valorizam alguns obstáculos de acordo com a natureza da propriedade da instituição a que pertencem. A resistência à mudança é um obstáculo claramente mais valorizado pelo sector público ( $p$ -value <0,05). Por outro lado o sector privado valoriza mais a dificuldade de interpretação das normas face ao sector público.

**TABELA 5 – Quadro com os maiores obstáculos encontrados durante um processo de obtenção de certificações de qualidade**

Motivos	Frequência			Z-value	p-value
	Global	Sector privado	Sector público		
Resistência à mudança por parte dos colaboradores	55	12	43	2,987046	0,002817
Custos elevados	50	17	33	0,153341	0,878129
Burocracia inerente a todo o processo	22	10	12	1,395297	0,162926
Dificuldade de interpretação das normas	19	12	7	3,119337	0,001813
Morosidade	13	5	8	0,425292	0,670624
Falta de apoio por parte da gestão de topo	4	2	2	-0,36197	0,717373
N.º de observações	87				

Por último, o terceiro objectivo do trabalho visava verificar se a certificação da qualidade tem impacto na performance. (RQ3). De acordo com os resultados da Tabela 6, constatamos que a redução de desperdícios é o efeito da adopção de certificações de qualidade mais valorizada pelos directores de serviços de saúde. A melhoria da satisfação do utente, redução de custos, melhoria no marketing, melhoria na qualidade dos serviços prestados ao utente, redução de desperdícios e aumento da motivação dos colaboradores são áreas que também sofreram efeitos positivos. Verifica-se igualmente que a redução dos tempos de espera não sofreu melhorias significativas com a adopção de certificações de qualidade.

Os resultados mostram ainda que apesar da tentativa de redução do absentismo não ser um dos principais motivos para a implementação de certificações de qualidade, é apontada pelos directores de serviços hospitalares certificados como um dos principais benefícios resultantes da sua aplicação.

**TABELA 6 – Impactos provocados pela certificação de qualidade**

<b>Indicador</b>	<b>Importância média (de 1 a 5)</b>	<b>Desvio-padrão</b>
Melhoria da satisfação do utente	3,09	1,14
Redução de custos	3,36	0,67
Redução dos tempos de espera dos utentes	2,45	0,69
Melhoria no marketing	3,73	1,49
Redução de desperdícios	3,91	0,701
Melhoria na qualidade dos serviços prestados aos utentes	3,73	0,75
Redução de absentismo	3,55	0,82
Aumento da motivação dos colaboradores	3,55	0,82

Quando se pergunta aos inquiridos se pretendem iniciar um processo de certificação de qualidade nos próximos dois anos, 75,4% afirma que não, 24,6% afirma que sim. Dos directores de serviço que respondem positivamente, 51,7% são do sector público e 48,3% são do sector privado. Tendo em consideração o Z-value de -2,13 (*p*-value de 0,0329) do teste de diferenças de proporções, os resultados mostram que o sector privado possui uma maior perspectiva de incetar processos conducentes a uma implementação de certificações de qualidade nos próximos dois anos.

**TABELA 7 – Perspectiva de obtenção de certificações de qualidade nos próximos 2 anos**

	Frequência			Z-value	<i>p</i> -value
	Global	Sector Privado	Sector público		
<b>Sim</b>	29	14	15	-2,13291	0,032932
<b>Nº de observações</b>	118				

## 4.2 ANÁLISE MULTIVARIADA

Os resultados do estudo da performance operacional dos centros hospitalares foram tratados no programa informático MAXDEA. Os dados estatísticos da análise demonstram que foram estudadas 38 centros hospitalares de acordo com quatro inputs e quatro outputs e uma distância radial. O modelo BCC foi orientado para os outputs e o retorno da escala foi variável. Os resultados do modelo DEA (ANEXO III) demonstram que as unidades com maior eficiência durante o período de 2005 a 2009 foram o hospital da Figueira da Foz, hospital privado da Boa Nova e hospital de São João alcançando o valor máximo do modelo durante todo o período, em seguida ficaram os hospitais de Trás-os-Montes e Alto Douro e o hospital do Médio Ave. Com um desempenho oposto encontra-se o hospital CUF Descobertas, hospital Privado da Trofa e hospital do Baixo Alentejo.

Os resultados evidenciam ainda que existe uma variação no coeficiente de eficiência ao longo do período em análise. Existem casos de hospitais com valores bastante baixos em determinado ano, a alcançarem o valor máximo no ano seguinte. Exemplo disso é o hospital Lisboa Central que obteve um valor de 0,129306 em 2004 e um valor de 1 em 2005. Esta ocorrência apenas se detecta neste sentido, não havendo casos de descidas acentuadas dos valores de um ano para outro

A análise complementar efectuada à **RQ3** é apresentada na Tabela 7. Os resultados evidenciam que alguns dos modelos têm razoáveis  $R^2$  Ajustados, especialmente, quando o modelo considera a variável dependente dos coeficientes de eficiência obtidos através do modelo DEA ( $R^2$  Ajustado de 82%). Assim, podemos concluir que as variáveis independentes seleccionadas explicam em grande parte o comportamento da eficiência operacional dos centros hospitalares da amostra.

A variável dependente da liquidez geral apenas revela associação linear com o as variáveis independentes “localização” e “estrutura da propriedade” em que as unidades de saúde EPE e localizadas em áreas metropolitanas possuem melhores resultados. O valor do teste  $f(7,196e^{-18})$  inferior a 0,05 rejeita a hipótese de nulidade conjunta e valida a regressão.

Os valores dados pela regressão linear para o indicador da liquidez reduzida revelam que a regressão é válida, com o valor do teste  $f(1,79e^{-08})$  inferior a 0,05 o que permite afastar a hipótese de nulidade conjunta. Os valores  $p$ , demonstram ainda que as variáveis independentes da localização dos centros hospitalares e a estrutura da propriedade possuem associação linear com a variável dependente, sendo que uma vez mais as unidades de saúde EPE e localizadas em áreas metropolitanas possuem melhores resultados.

Quanto ao indicador da liquidez imediata, apesar de os resultados indicarem que a regressão é válida com o valor do teste  $f(1,07024e^{-11})$  inferior a 0,05. Apenas a variável independente da estrutura da propriedade é explicativa deste indicador. Revelando que as unidades de saúde EPE possuem melhores resultados do que as unidades de saúde privadas.

Os valores dados pela regressão linear para o indicador da rentabilidade dos activos e da rentabilidade dos capitais próprios demonstram que a presente regressão não é válida. Não obstante os elevados valores do teste  $f$  (superior a 0,81 em ambos os casos) os resultados rejeitam qualquer tipo de significância entre as variáveis dependentes e independentes.

Quando analisados os resultados obtidos pela regressão linear para a variável dependente da autonomia financeira, verifica-se que apenas a variável da estrutura da propriedade revela associação linear com o indicador, demonstrando que as unidades de saúde EPE possuem melhores resultados do que as unidades de saúde privadas. O valor do teste  $f(0,000059)$  afasta a hipótese de nulidade conjunta e valida a regressão.

No que respeita à variável dependente da solvabilidade, a regressão linear é válida com um valor do teste  $f$  de  $1,96e^{-16}$ . Os resultados apresentam a variável independente da estrutura de propriedade (valor  $p$  inferior a 0,05) como a única que possui associação linear com a variável dependente. Mais uma vez as unidades de saúde EPE possuem melhores resultados do que as unidades de saúde privadas.

A regressão linear é peremptória ao demonstrar que todas as variáveis utilizadas no estudo possuem associação linear com a variável dependente da eficiência. Todas as variáveis independentes possuem um valor  $p$  bastante inferior a 0,05. O valor do teste  $f(4,83e^{-69})$  não só invalida a hipótese de nulidade conjunta e valida a regressão como

demonstra ser o resultado mais robusto do estudo. Um resultado que corrobora os resultados do questionário em que a redução de desperdícios era apontada como a principal melhoria constatada com a adoção de certificações de qualidade. Corrobora ainda estudos efectuados anteriormente e referidos no capítulo II ao demonstrar, não só que as certificações de qualidade influenciam a performance das unidades de saúde mas também outros determinantes enunciados em estudos anteriores como a estrutura de propriedade, localização e dimensão.

**TABELA 8: Resultados da regressão linear**

	Variável	Certificação	Dimensão	Estrutura	Localização	R2 Ajustado	Grau de Significância
Y = Liquidez Geral	<i>Coefficientes</i>	- 0,618649558	7,29468e <sup>-05</sup>	1,0820614	0,76381674	0,321199883	7,19569e <sup>-18</sup>
	<i>p-value</i>	0,759055656	0,876178287	8,64117e <sup>-05</sup>	0,002336705		
Y = Liquidez reduzida	<i>Coefficientes</i>	- 0,035122286	0,000638885	0,772594707	0,819736135	0,257743414	1,79119e <sup>-08</sup>
	<i>p-value</i>	0,988986505	0,338792467	0,04872713	0,023041445		
Y = Liquidez Imediata	<i>Coefficientes</i>	- 0,249696589	0,000128656	0,473848452	0,099593122	0,39317097	4,79531e <sup>-12</sup>
	<i>p-value</i>	0,69280622	0,481493837	5,43489e <sup>-06</sup>	0,25421726		
Y = ROA	<i>Coefficientes</i>	- 98,68483659	- 0,005474794	18,17210387	29,47448911	- 0,011926333	0,8142395
	<i>p-value</i>	0,651575254	0,911135779	0,545449275	0,273407517		
Y = RCP	<i>Coefficientes</i>	-4,91104815	- 0,001076277	1,523422532	0,345920302	- 0,012261954	0,815499083
	<i>p-value</i>	0,610436621	0,629511403	0,248882554	0,777398488		
Y= Autonomia Financeira	<i>Coefficientes</i>	- 0,491570534	8,51486e <sup>-05</sup>	0,528170123	-0,06900424	0,095766564	5,95574e <sup>-05</sup>
	<i>p-value</i>	0,740232972	0,804522479	0,008897345	0,728313308		
Y = Solvabilidade	<i>Coefficientes</i>	- 2,955521735	- 0,000366673	1,742584221	0,276850095	0,292416894	1,96447e <sup>-16</sup>
	<i>p-value</i>	0,142755658	0,435560278	1,06789e <sup>-09</sup>	0,262309684		
Y = DEA	<i>Coefficientes</i>	2,639085016	0,000290231	0,518577867	0,263490241	0,819914751	9,59835e <sup>-70</sup>
	<i>p-value</i>	8,77923e <sup>-07</sup>	0,002139419	2,0045e <sup>-17</sup>	2,72071e <sup>-07</sup>		

## **CAPÍTULO V – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA**

O presente estudo teve como finalidade a análise dos impactos das certificações de qualidade nas unidades hospitalares portuguesas, conhecer quais os motivos que levam as mesmas a empreenderem um processo que vise a sua obtenção e quais as dificuldades que lhe estão inerentes.

O estudo pode ser igualmente uma importante ferramenta de planeamento estratégico dos directores de serviços hospitalares uma vez que demonstra que as certificações de qualidade podem produzir efeitos positivos nas unidades de saúde que as adoptam. Alerta ainda as autoridades competentes para a problemática adjacente aos obstáculos resultantes de uma implementação de processos de adopção de certificações de qualidade. Se as certificações de qualidade melhoram a eficiência das unidades de saúde, algumas barreiras à sua implementação como a burocracia e a inadequação das mesmas à realidade deverão ser atenuadas ou mesmo eliminadas para o bem dos cidadãos.

### **5.1 CONCLUSÕES**

#### **5.1.1 QUESTIONÁRIO**

Os resultados do questionário realizado a directores de serviços de saúde demonstram que os factores mais importantes para que os centros hospitalares portugueses empreendam processos conducentes às certificações de qualidade são a expectativa de evitar desperdícios, melhorar os processos, seguir uma tendência de mercado, melhorar a imagem para o exterior e também a satisfação do utente.

Por outro lado os serviços hospitalares não certificados apontam como principais factores de resistência a um processo conducente à obtenção de certificações de qualidade a não inexistência de benefícios com o mesmo, a falta de verbas, o facto de as normas de qualidade não provocarem qualquer tipo de benefício e de as mesmas

estarem desadequadas da realidade vivida. Significativo é igualmente o número de respostas que apontam a dificuldade de interpretação das normas, a falta de apoio por parte da gestão de topo, a falta de conhecimento de como se inicia o processo conducente à obtenção de certificações de qualidade e a entrada na reforma por parte dos directores dos respectivos serviços.

A percepção dos motivos que levam os serviços de saúde a não encetarem um processo de obtenção de certificações de qualidade varia consoante a natureza da propriedade das instituições que se analisa. O estudo demonstra contudo, que a proporção de serviços hospitalares de instituições privadas que consideram a dificuldade de interpretação das normas das certificações de qualidade e o desenquadramento das mesmas à realidade um obstáculo à certificação é consideravelmente superior à constactada nos serviços hospitalares EPE. Por outro lado, a proporção de hospitais EPE que consideram que os custos inerentes a um processo de obtenção de certificações de qualidade são um obstáculo, é substancialmente superior à constactada nos serviços hospitalares de instituições privadas. A este resultado não será alheia a actual crise vivida no país e as medidas de austeridade implementadas que provocaram uma forte contenção da despesa no sector público da saúde.

O estudo conclui ainda que os obstáculos mais comuns que ocorrem durante um processo de implementação de certificações de qualidade são a resistência à mudança por parte de colaboradores, custos elevados e burocracia, em menor número são igualmente referidos a dificuldade de interpretação das normas, a morosidade e a falta de apoio por parte da gestão de topo. O sector público valoriza mais a resistência à mudança por parte dos colaboradores do que o sector privado. O estudo corrobora desta maneira Depexe (2007) e Staines (2000).

O questionário revela ainda que os maiores impactos provocados pela obtenção de certificações de qualidade são sentidos na redução de desperdícios, melhoria de qualidade dos serviços prestados, melhoria no marketing, na motivação dos colaboradores e redução do absentismo, com menor expressão são também sentidas melhorias na redução de custos e na satisfação dos utentes. Os inquiridos consideram ainda que a redução dos tempos de espera nos serviços não é afectada pela implementação de certificações de qualidade de forma significativa. Revela ainda que a redução do absentismo é um factor subestimado no que toca ao incentivo a iniciar um

processo com vista à adopção de certificações de qualidade, pois o mesmo é posteriormente reconhecido como um dos factores que sofre maiores benefícios pelos directores de serviços certificados. Este resultado pode comprovar o estudo de Poksinska (2007), quando afirmou que a adopção de certificações de qualidade aumenta a produtividade e dedicação dos colaboradores.

Revela ainda que os serviços hospitalares de instituições privadas possuem uma perspectiva de encetar um processo com vista à obtenção de certificações de qualidade nos próximos dois anos superior à constactada nos serviços hospitalares de instituições EPE.

### **5.1.2 ESTUDO EMPÍRICO**

Os resultados do estudo revelam igualmente que as certificações de qualidade não possuem qualquer impacto nos indicadores de liquidez, estrutura e rendibilidade estudados. Neste campo o estudo demonstra que a estrutura accionista dos centros hospitalares influencia os indicadores da liquidez geral, liquidez imediata, autonomia financeira e solvabilidade, evidenciando que nestes indicadores os hospitais EPE possuem melhores resultados face aos centros hospitalares privados.

O estudo demonstra ainda que a localização das unidades de saúde influencia os seus resultados da liquidez geral e liquidez reduzida. Sendo que as unidades de saúde localizadas em áreas metropolitanas possuem melhores indicadores do que as que se encontram fora destas.

Quanto à eficiência o estudo conclui que as certificações de qualidade contribuem positivamente para a sua melhoria em todo o tipo de hospitais estudados. O estudo demonstra ainda que possuem uma performance superior, os centros hospitalares que se localizam em áreas metropolitanas e os que possuem uma propriedade estatal, conclui ainda que a crescente dimensão dos centros hospitalares provoca semelhante efeito na eficiência dos mesmos. Este comportamento poderá ser explicado pelo aproveitamento de sinergias e pelo maior investimento feito em hospitais de grande dimensão (Letta, 2006 e Lutfyya, 2006).

O estudo demonstra ainda que nenhum dos determinantes da performance hospitalar utilizados no presente estudo e em estudos anteriores são aplicáveis aos indicadores ROA e RCP.

O estudo corrobora parte dos estudos efectuados anteriormente e referidos no capítulo II. Comprova que os determinantes de qualidade e performance hospitalar como a localização, dimensão e estrutura da propriedade também se verificam nas unidades de saúde portuguesas (Thielscher, 2010; Taner e Antony, 2006; Vieira 1996; Forbes et al 2010; Lutfyya e tal 2010 e Letta, 2006). No entanto demonstra que em Portugal verificam-se tendências opostas quanto à estrutura da propriedade, pois são os hospitais EPE a revelarem melhores indicadores face a hospitais privados.

## **5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A realização do presente estudo deparou-se com enúmeros obstáculos que apesar de não serem em causa a sua fiabilidade, provocaram algumas condicionantes nas suas conclusões.

O maior obstáculo prendeu-se com a recolha de informação. Na realidade grande parte dos indicadores financeiros presentes no estudo tiveram de ser calculados por não constarem na informação publicada pelas diversas organizações estudadas.

Apesar de a informação financeira e operacional dos hospitais EPE portugueses estar publicamente disponível em sítios oficiais da Internet. A informação prestada é muitas vezes vaga e não existe uma homogeneidade nos indicadores presentes nas mesmas. Para dificultar ainda mais o seu estudo, muitas destas demonstrações são publicadas em formatos muito pouco amigáveis ao seu tratamento, sendo que enúmeras vezes são publicadas fotografias das mesmas com uma qualidade que dificulta em muito a sua correcta percepção e posterior análise.

No que às demonstrações de resultados diz respeito, apresentam estranhamente algumas incoerências desconcertantes, com valores de indicadores como os resultados operacionais de determinado ano a serem alterados no histórico das demonstrações dos anos posteriores.

Quanto aos hospitais privados demonstraram um grande interesse no tema e manifestaram a vontade de receber as conclusões do estudo. Contudo esse interesse

colidiu com alguma reticência no que respeita ao fornecimento de dados, sobretudo no que respeitou ao fornecimento de informação operacional (bastante importante para elaborar o modelo DEA).

Ainda mais complicado foi a obtenção de informações por parte do IPQ e do IPAC, uma grande morosidade na resposta a e-mails enviados, uma ausência de colaboração durante os meses de Julho e Agosto, reencaminhamentos de respostas para locais dos respectivos sites em que não constava qualquer tipo de informação e falta de definição das responsabilidades internas dos respectivos institutos, contribuíram para o aumento do tempo de elaboração do presente estudo.

A falta de estabilidade nos sector público da saúde, com criação e extinção de centros hospitalares e agregação de hospitais em centros hospitalares de acordo com os sucessivos governos dificulta igualmente a análise dos indicadores.

Interessante para a elaboração do estudo seria a introdução de centros hospitalares resultantes de parcerias públicas e privadas, no entanto os diversos centros hospitalares contactados com estas características, não se demonstraram receptivos ao fornecimento de dados indispensáveis à sua análise.

A grande complexidade inerente ao estudo da performance no sector da saúde fruto de estar intrinsecamente ligado às pessoas, já manifestada em estudos anteriores. Afirmou-se igualmente como uma grande dificuldade para o presente estudo empírico.

Enriqueceria bastante o estudo a elaboração de um teste para diferença de médias entre a questão 4 e as questões 8 e 9 do questionário. Contudo a amostra de apenas 11 serviços hospitalares impossibilitaria retirar conclusões suficientemente robustas.

No modelo DEA, seria interessante adoptar outros inputs, como custos com pacientes fora das instalações e custos com pediatria, e outputs como número de sessões diárias de pediatria. No entanto apenas foi possível recolher estes dados em duas unidades de saúde EPE, o que impossibilitaria tirar conclusões com um grau de confiança aceitáveis.

### 5.3 INVESTIGAÇÃO FUTURA

O presente estudo contribui para o conhecimento sobre as certificações de qualidade no sector hospitalar português e abre ainda caminho a outros estudos.

Seria extremamente interessante introduzir no estudo hospitais resultantes de parcerias públicas e privadas, não só pela sua natureza possuir particularidades face a hospitais EPE e privados, mas também pela polémica e mediatismo que estes assumem na opinião pública portuguesa. Igualmente pertinente seria constatar até que ponto a certificação de qualidade de determinado serviço hospitalar possui um efeito de contágio a outros serviços da unidade hospitalar, ou se pelo contrário, o facto de determinado serviço hospitalar possuir uma certificação de qualidade, implica um desvio dos recursos de outros serviços e a sua conseqüente degradação de qualidade. Para isso será necessário elaborar o presente estudo abrangendo dados individualizados de cada serviço hospitalar e não de centros hospitalares.

Futuramente poderão ser ainda investigados as conseqüências da adopção de certificações de qualidade dependendo da certificação em causa.

Uma problemática a ser analisada futuramente seria a procura de quais são os determinantes para a melhoria dos indicadores ROA e RCP nas unidades de saúde portuguesas. Saber por que motivo estes indicadores possuem um comportamento bastante diferente dos indicadores de liquidez, estrutura de capitais e eficiência.

Seria interessante ainda saber quais os impactos da adopção de certificações de qualidade nas unidades de saúde portuguesas na percepção de utentes e colaboradores.

## BIBLIOGRAFIA

Beloni Biondi. L. (2001). “Neuro-DEA: Nova Metodologia para Determinação de eficiência relativa de unidades tomadoras de decisão”, *Tese de Mestrado*, Rio de Janeiro

Brown, M. Stephen R. (2009) “Total Quality Management- The time has come for metallurgical plants”. **Marriott International, Inc.** E.U.A., 1-3.

Buttle, F. (1996). “ISO 9000: Marketing motivations and benefits”. *Manchester Business School*, UK.

Cachadinha, N. (2009). “Implementing quality management systems in small and medium construction companies: a contribution to a road map for success”. *ASCE*, 32-39.

CHARNES, A. COOPER, W. W., RHODES, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 429-444.

Cordeiro, José Vicente B. de Mello (2004) “ Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão?”, *Rev. FAE, Curitiba*. volume 7, nº131-33.

Crosby, Philip. (1979). “*Quality is free if you understand it*”. E.U.A.

Deming, W. E. (1982) “Quality, Productivity and Competitive Position”, *M.I.T. Center for Advanced Engineering Study*, Cambridge.

Depexe M., Paladini, E. (2007) “Dificuldades relacionadas à implementação e certificação de sistemas de gestão da qualidade em empresas construtoras”. *Revista: Gestão Industrial* .Volume 3: 14-15.

D'innocenzo, Maria (2006) “Indicadores, auditorias, certificações: Ferramentas de qualidade para Gestão em Saúde”. *Martinari*, São Paulo.

Feigenbaum, A. V. (1987). “ROI: How long before quality improvement pays off?”. *Quality Progress*, February.

Forbes, M.; Harslett, P.; Mastoris, I.; Risse, L. 2010). “Quality of care in Australian public and private hospitals”, presented at *Australian Conference of Health Economists*, 14.

Kluk, M. (2005). “Indicadores de qualidade para assistência hospitalar”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, volume 3, 539-44.

Letta, Jennifer, L. (2006) “Should the different Standards of Quality of Care Exist for Rural and Urban Settings and what Factors Contribute to these Differences?”, *tese de mestrado na Wichita State University*, E.U.A., 37.

Lo, V., Humphreys, P. (2000). “Project management benchmarks for SME's implementing ISO 9000”, *Benchmarking: an international journal*, volume 17, 240-252.

Lutfyya, M., Bhat, D., Gandhi, S., Nguyen, C., Hoper, V. e Lipsky, M., (2006) “A comparison of quality of care indicators in urban acute care hospitals and rural critical access hospitals in the United States”, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, paper 3, 141 a 149.

Marshall júnior, Isnard. (2006) “Gestão da Qualidade”. *PPG – Engenharia de Produção e Sistemas*, Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

Mello, João e Gomes, Silvio (2006) “Métodos não convencionais de restrições aos pesos em DEA Aplicados ao campeonato mundial de Formula 1” *Tese de mestrado da universidade Federal Fluminense*; 28.

Oliveira, Djalma de Pinho Rebouças (2005) “Estratégia empresarial & Vantagem Competitiva”, *Atlas*. São Paulo.

Payne, Susan M. (1987) “Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization”, *health services research*, Volume 6, 709-769.

Pinto, L. (2009) “Gestão da qualidade nas empresas de construção - A certificação ISO 9001 no distrito de Braga”, *Dissertação de Mestrado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*, Vila Real.

Poksinska, B. (2007), “ISO 9000 is not an economic disease”, *Lund University*. Suécia.

Rayner P. e Porter L.J. (1991) “BS5750/ISSO 9000- the experience of small and medium-sized firms”, *International Journal of Quality & Reability Management*, Volume 8, nº6, 17-25.

Ramos Pires A. (2004)“Qualidade – sistemas de gestão de qualidade”. *Silabo*, Portugal.

Rego, G., Nunes, R., Cost, J. (2009) “The challenge of corporatization the experience of Portuguese public hospitals”, *The European Journal of health economics*, volume 11, nº 4. Porto – Portugal.

Souza, Teofânia e Lacerda, Pítias. (2009) “Planejamento Estratégico e Qualidade: Acreditação hospitalar- um estudo de caso no hospital Vita Volta Redonda”. *V CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO*, Gestão do Conhecimento para a Sustentabilidade, 2, 3 e 4.

Siddiqui, N; Khandaker, S. Ali, (2007), “Comparison of services of Public, Private and Foreign Hospitals from the Perspective of Bangladeshi Patients”, *International Centre for diarrhoeal disease research*, Volume 25, nº2, 221-230. Bangladesh.

Simões, Pedro; Cunha Marques, Rui. (2009) “Performance and Congestion Analysis of the Portuguese Hospital Services”, *MPRA*, 26.

Staines, A. (2000), “Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Volume 13, nº1; 27. Bradford

Taner, T., Antony, J. (2006), “Comparing public and private hospital care service quality in Turkey”, *Leadership in Health Services*, Volume 19, nº2: 2 - 7.

Thielscher Christian. (2010) “How to Find the Right Approach to Quality Measurement: Determinants of Quality and its Measurement in Healthcare”, *World Medical & Health Policy*, Volume 2: nº1, Article 21, 2-6.

Vieira, M. (1996), “Eficiência Técnica Hospitalar: estudo comparativo”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Fevereiro, 53-63.

Vries, Willem. (September 2001) “*Performance, quality, management - How statistical offices try to do better*” *Paper for Kuala Lumpur seminar*, UNSD New York.

Wilhelm, Volmir Eugênio. Souza, Paulo Cesar Tavares. (2008) “Uma introdução aos modelos DEA de eficiência técnica”. *Tese de mestrado, Universidade Federal do Paraná*.

Zere, Eyob; Mbeeli, Thomas; Shangula, Kalumbi; Mandlhate, Custodia; Mutirua, Kautoo; Tjivambi Ben; Kapenambili William. (2006) “Technical efficiency of district hospitals: Evidence from Namibia using Data Envelopment Analysis”. *BioMed central*, , 4 - 6.

## REVISTAS

- Revista do Centro Hospitalar de Lisboa norte, Novembro de 2010, página 4.
- Gestão Industrial Vol.3, paginas 14 e 15.

- GEC, Guia de Empresas Certificadas em Portugal, *Cempalavras* Comunicação Empresarial Lda., edição 6, 2010/2011

## WEB

- <http://www.acss.min-saude.pt/bdea> consultado em 13/06/2011
- <http://www.aeportugal.pt> consultado em 12/05/2011
- <http://www.ipg.pt/duvidas/certificacao> consultado em 19/06/2011
- [http://www.jointcommission.org/performance\\_measurement.aspx](http://www.jointcommission.org/performance_measurement.aspx) consultado em 27/05/2011
- [http://www.jointcommission.org/health\\_services\\_research.aspx](http://www.jointcommission.org/health_services_research.aspx) consultado em 30/07/2011
- [http://www.ipac.pt/pesquisa/pesq\\_empcertif.asp](http://www.ipac.pt/pesquisa/pesq_empcertif.asp) consultado em 22/07/2011
- <http://www.ipac.pt/pesquisa/questionar> consultado em 21/07/2011
- <http://www.ipg.pt/qualidade> consultado em 19/06/2011
- <http://www.acss.minsaude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/RelatórioeContas/RelContasHepe2003/tabid/378/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 20/05/2011
- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2004/tabid/379/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 21/05/2011
- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2005/tabid/380/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 22/05/2011
- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2006/tabid/381/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 23/05/2011
- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2007/tabid/382/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 24/05/2011
- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2008/tabid/389/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em 25/05/2011

- <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPE/Relatórios eContas/RelContasHepe2009/tabid/390/language/pt-PT/Default.aspx>  
consultado em 26/05/2011
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/default.htm> consultado em 22/06/2011 a 28/08/2011

## ANEXOS

### ANEXO I - Unidades de saúde com indicadores financeiros utilizados no estudo

	Nome a unidade de saúde		Nome a unidade de saúde
<b>1</b>	HOSPITAL DA FIGEIRA DA FOZ	22	Hospital Trás-os-Montes e Alto Douro
<b>2</b>	Hospital Alto Ave (Guimarães)	23	Hospital de Faro
<b>3</b>	Hospital Barlavento Algarvio	24	Hospital Infante Pedro - Aveiro
<b>4</b>	Hospital Barreiro Montijo	25	Hospital Santa Maria Maior - Barcelos
<b>5</b>	Hospital Coimbra	26	IPO Lisboa
<b>6</b>	Hospital São João	27	Hospital do Alto Minho
<b>7</b>	IPO PORTO	28	Hospital do Baixo Alentejo
<b>8</b>	Hospital do Tâmega e Sousa	29	Hospital de Matosinhos
<b>9</b>	Hospital Garcia da Horta	30	Hospital Lisboa Central
<b>10</b>	Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	31	HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE, S.A.
<b>11</b>	Hospital do Espírito Santo	32	CUF das Descobertas
<b>12</b>	Hospital Santo André - Leiria	33	CUF de Cascais
<b>13</b>	Hospital Cova da Beira	34	Hospital Privado da Boa Nova
<b>14</b>	Hospital Universidade de Coimbra	35	CUF Infante Santo
<b>15</b>	Hospital S. Bernardo - Setúbal	36	Hospital da Luz
<b>16</b>	Hospital Distrital de Santarém	37	Hospital Divino Espírito Santo
<b>17</b>	Hospital São Sebastião	38	Hospital privado da Trofa
<b>18</b>	São Teotónio	39	HOSPITAL DA POVOA E VILA DO CONDE
<b>19</b>	Hospital Lisboa Ocidental	40	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE
<b>20</b>	Hospital Médio Ave -Stº. Tirso	41	CENTRO HOSPITALAR GAIA E ESPINHO
<b>21</b>	Hospital Médio Tejo - Tomar	42	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

## ANEXO II - Questionário

### 1 [p1]Sexo? \*

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino  
 Masculino

### 2 [p2]Idade? \*

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

### 3 [p3]Há quantos anos exerce funções de chefia de unidades/serviços de saúde? \*

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

### 4 [p11]

#### Qual a natureza da sua instituição?

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Instituição Pública  
 Parceria Pública e privada  
 Instituição privada  
 Instituição militar

Outro:

### 5 [p4]A unidade/serviço que chefia possui alguma certificação de qualidade?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim  
 Não

### 6 [p10]

#### Indique por favor, quais os motivos para a não adopção de certificações de qualidade na unidade/serviço que dirige?

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Falta de conhecimento da sua existência  
 Falta de conhecimento de como se inicia a sua obtenção  
 Não provoca qualquer tipo de vantagens para a sua unidade/serviço  
 Dificuldades de interpretação das normas das certificações de qualidade  
 Falta de apoio por parte da gestão central da sua unidade/serviço

Outro:

### 7 [p5]Quantas certificações de qualidade possui a unidade/serviço que dirige?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

**8 [p6]Quais os factores que levaram a sua unidade/serviço a adoptar certificações de qualidade? (em caso de resposta múltipla, assinale-as por favor)**

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Redução de custos
- Melhoria dos processos
- Imagem para o exterior
- Melhoria da qualidade
- Evitar desperdícios
- Entrar em novos mercados
- Tendência de mercado
- Satisfação do utente
- Evitar o absentismo de colaboradores
- Incentivo por parte de uma empresa consultora
- Outro:

**9 [p7]Indique por favor, o grau de concordância face ao contributo das certificações de qualidade na melhoria das seguintes situações na unidade/serviço que dirige (1 = desacordo total e 5 = concordo plenamente):**

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	1	2	3	4	5
Melhoria da satisfação dos utentes	<input type="radio"/>				
Redução dos custos	<input type="radio"/>				
Redução dos tempos de espera dos utentes	<input type="radio"/>				
Melhoria no marketing	<input type="radio"/>				
Redução de desperdícios	<input type="radio"/>				
Melhoria da qualidade nos serviços prestados aos utentes	<input type="radio"/>				
Redução do absentismo	<input type="radio"/>				
Aumento da motivação dos colaboradores	<input type="radio"/>				

**10 [p8]Quais os maiores obstáculos encontrados num processo de certificação de qualidade? (em caso de resposta múltipla, assinale-as por favor)**

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Custos elevados
- Burocracia
- Dificuldade de interpretação das normas
- Resistência à mudança por parte dos colaboradores
- Falta de apoio por parte da gestão central da sua unidade/serviço
- Morosidade
- Outro:

**11 [p9]Pretende iniciar um processo de certificação de qualidade nos próximos 2 anos?**

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

Unidade de saúde	INDICADOR DE PERFORMANCE 2005	INDICADOR DE PERFORMANCE 2006	INDICADOR DE PERFORMANCE 2007	INDICADOR DE PERFORMANCE 2008	INDICADOR DE PERFORMANCE 2009
CUF das Descobertas	0,236347	0,196128	0,800783	0,822711	0,897229
CuF de Cascais	0,87954	0,8875425	0,9132	0,87542	1
CUF Infante Santo	0,260592	0,848586	0,7543	0,8975	0,88941
Hospital Alto Ave (Guimarães)	0,760391	0,9799253	0,968368	0,931281	0,92152
Hospital Barlavento Algarvio	0,917059	0,744334	1	1	1
Hospital Barreiro Montijo	0,84015	0,758338	0,891748	0,934852	0,184497
Hospital Coimbra	0,758783	0,713991	1	1	1
Hospital Cova da Beira	0,909248	0,745467	0,863187	0,78244	1
Hospital da Luz	0,6256706	0,877754	0,89768	0,6785	0,5768
Hospital de Faro	0,744316	0,751031	1	1	1
Hospital de Matosinhos	0,7985	0,7954	0,98756	0,21498	0,75462
Hospital Distrital de Santarém	0,19652	0,712894	0,75859	0,8948	1
Hospital Divino Espírito Santo	0,334586	0,768	0,8763	0,824657	0,7961
Hospital do Alto Minho	0,780832	0,910373	0,788625	0,785922	0,771585
Hospital do Baixo Alentejo	0,496631	0,589901	0,957136	0,32329	0,8978
Hospital do Espírito Santo	0,528391	0,428103	0,706718	0,897	1
Hospital do Tâmega e Sousa	1	0,920983	1	1	1
Hospital Figueira da Foz	1	1	1	1	1
Hospital Garcia da Horta	0,86982	0,788434	0,807843	0,929171	0,827232
Hospital Infante Pedro - Aveiro	0,9821	0,917783	0,846201	0,216514	0,89754
Hospital Lisboa Central	0,21687	0,129306	1	1	0,9973

Hospital Lisboa Ocidental	0,864223	0,858509	0,85971	0,807535	0,795189
Hospital Médio Ave - Stº. Tirso	0,973535	1	1	1	1
Hospital Médio Tejo - Tomar	0,76654	0,81325	0,6747	0,9874	0,61659
Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	0,88769	0,750981	0,769653	0,907565	0,70879
HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE, S.A.	0,54168	1	0,98847	1	1
Hospital Privado da Boa Nova	1	1	1	1	1
Hospital Privado da Trofa	0,901309	0,462149	0,370793	0,94196	1
Hospital S. Bernardo - Setúbal	0,626615	0,645845	0,8963	0,84628	0,8754
Hospital Santa Maria Maior - Barcelos	0,91203	0,713246	0,95623	0,87652	1
Hospital Santo André - Leiria	0,974325	0,820555	0,919522	0,975483	0,997361
Hospital São João	1	1	1	1	1
Hospital São Sebastião	0,595799	0,35543	0,58975	0,73294	1
Hospital Trás-os-Montes e Alto Douro	0,947573	1	1	1	1
Hospital Universidade de Coimbra	0,756456	1	1	1	1
IPO Lisboa	0,664899	0,713958	0,95787	1	1
IPO PORTO	0,8537	0,765887	0,591639	0,568133	0,547536
São Teotónio	0,921805	1	0,786513	0,59697	0,799613