

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO INTERVENÇÃO SÓCIO - ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa**  
(DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

### **UNIDADES DE IMAGIOLOGIA – GESTÃO, POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO E PERSPETIVAS DE FUTURO – UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado apresentada por:  
**Nuno Esaú Poças Figueiredo Ferreira**

Orientador:  
Professor Doutor António de Sousa

**Évora**  
**Novembro, 2012**

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO INTERVENÇÃO SÓCIO - ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa**  
(DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

### **UNIDADES DE IMAGIOLOGIA – GESTÃO, POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO E PERSPETIVAS DE FUTURO – UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado apresentada por:  
**Nuno Esaú Poças Figueiredo Ferreira**

Orientador:  
Professor Doutor António de Sousa

**Évora**  
**Novembro, 2012**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, à minha irmã e à minha amada  
com muita consideração, carinho e amor.

## **Unidades de Imagiologia – Gestão, Posicionamento Estratégico e Perspetivas de Futuro – Um estudo de Caso**

### **Resumo:**

A presente investigação nasceu do interesse em avaliar a gestão e o posicionamento estratégico do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.

Tem como objetivo principal caracterizar as tendências, as necessidades e as perspetivas futuras deste centro clínico. Baseado neste aspeto a problemática deste trabalho fundamenta-se em dois temas base: perceber a sua estrutura e a sua metodologia organizativas.

Para isso, é aplicado um quadro metodológico, assente no método de estudo de caso utilizando técnicas de recolha de dados como a Observação, a Entrevista e o Questionário.

É ainda utilizando o método de análise prospetiva, centrado na aplicação do método MACTOR no estudo da estratégia e relação dos atores da organização, conforme é sugerido por Godet (1993).

Os resultados finais refletem os dados provenientes do método MACTOR, consubstanciando desafios, objetivos e abordagens estratégicas que, em conjunto, culminaram em questões de futuro que devem ser ponderadas pelos atores da organização.

**Palavra-Chave:** Gestão; Estratégia; Saúde; Imagiologia; Prospetiva Estratégica

## **Imaging Centers – Management, Strategic Positioning and Future Perspectives – a Case Study**

### **Abstract:**

The present investigation was born out of interest in evaluating the management and strategic positioning of the Hospital da Luz's Imaging Center.

Main objective is to characterize the trends, needs and the future prospects of this clinical center. Based on this aspect, this work is based on two basic themes: understand their organizational structure and their organizational methodology.

The methodology applied for this work is the method Observational, resulting in a case study based on use of techniques of data collection such as Observation, Interview and Questionnaire.

The prospective analysis method based on previously results, is the method MACTOR – study of strategy and organizational relationship of actors, as is shown by Godet (1993).

The final results are reflected in data from the method MACTOR through challenges, objectives and strategic analysis, which together culminated in future issues to be considered by the actors.

**Key-words:** Management, Strategy, Health, Imaging, Strategy Challenges;

## **Agradecimentos**

Gostaria de referir o meu profundo agradecimento a todos os professores do meu percurso académico. Sem a sua dedicada contribuição nunca teria alcançado este patamar de Conhecimento.

Os meus sinceros agradecimentos a colegas e amigos que diversas vezes me apoiaram durante a realização desta Investigação.

Pela dedicação, pela orientação e pelo interesse na forma como me acompanhou, guardo uma menção especial ao meu Orientador, o Professor Doutor António Sousa. Os seus conselhos metodológicos bem como a revisão constante do trabalho foram sem dúvida marcos fundamentais para conseguir atingir os objetivos propostos.

À minha amada, que tem sido de uma compreensão, apoio e amor fantásticos, deixo uma menção de amor e de profunda admiração.

Aos meus pais e à minha irmã guardo uma menção muito especial de amor e carinho em tudo o que sou, pois, devo-lhes tudo isso a eles.

## Índice Temático

	pág.
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	2
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CAMPO DE APLICAÇÃO EMPIRICA</b>	11
2.1 Caraterização dos conceitos e do contexto	11
2.1.1 Contexto evolutivo da organização da Saúde	11
2.1.2 A Gestão na organização da Saúde	15
2.1.3 A Gestão Estratégica na Saúde	16
2.1.3.1 Liderança	19
2.1.3.2 Motivação	21
2.1.4 Cliente - O foco central da Gestão Estratégica	23
2.2. Estudos anteriores e principais conclusões	24
2.3. Caraterização da organização em estudo	30
2.3.1. O Consórcio Espírito Santo Saúde e o Hospital da Luz	30
2.3.2. O Centro de Imagiologia do Hospital da Luz	30
2.4. Caraterização dos atores - alvo	32
2.4.1. Clientes	32
2.4.2. Coordenadores do Centro de Imagiologia	33
2.4.3. Técnicos de Imagiologia	34
2.4.4. Médicos de Imagiologia	34
2.5. Síntese do Capítulo	35
<b>3. PROCESSO METODOLOGICO</b>	37
3.1. Objetivos do estudo e hipóteses de investigação	37
3.2. População, amostra e critérios de estudo de caso	38
3.3. Desenho e método de estudo	39
3.4. Técnicas de recolha e tratamento de dados	42
3.4.1. Análise Bibliográfica e Documental	42
3.4.2. Observação	43
3.4.3. Entrevista	43
3.4.4. Análise de Conteúdo	44
3.4.4.1 Tipo de análise de conteúdo	45
3.4.4.2 Definição de Objetivos	45
3.4.4.3 Definição e constituição de um <i>Corpus</i>	45
3.4.4.4 Definição das Categorias	46
3.4.4.5 Definição das Unidades de registo, contexto e enumeração	46
3.4.5. Questionários	47

3.4.6. Método Prospetivo	48
3.5. Técnicas de validação	49
<b>4. TRATAMENTO DE DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS; DAS OBSERVAÇÕES; ÀS ENTREVISTAS E AOS QUESTIONÁRIOS</b>	<b>53</b>
4.1. Observação	53
4.2. Entrevistas	57
4.3. Análise de conteúdo das entrevistas	62
4.3.1 Coordenação do Centro de Imagiologia	62
4.3.1.1 Liderança	63
4.3.1.2 Organização estrutural	64
4.3.1.3 Posicionamento estratégico	64
4.3.1.4 Caracterização dos Colaboradores	65
4.3.1.5 Formação	65
4.3.1.6 Motivação	66
4.3.1.7 Tecnologia	66
4.3.1.8 Protocolos de Cuidados de Saúde	67
4.3.1.9 Investigação Científica	67
4.3.1.10 Síntese dos aspetos mais relevantes	68
4.3.2 Técnicos do Centro de Imagiologia	68
4.3.2.1 Liderança	69
4.3.2.2 Posicionamento estratégico	70
4.3.2.3 Formação	70
4.3.2.4 Motivação	71
4.3.2.5 Comunicação entre atores	71
4.3.2.6 Tecnologia	72
4.3.2.7 Protocolos de Cuidados de Saúde	72
4.3.2.8 Investigação Científica	73
4.3.2.9 Inovação	73
4.3.2.10 Síntese dos aspetos mais relevantes	74
4.3.3 Médicos do Centro de Imagiologia	74
4.3.3.1 Liderança	75
4.3.3.2 Posicionamento estratégico	75
4.3.3.3 Formação	76
4.3.3.4 Motivação	76
4.3.3.5 Comunicação entre atores	76
4.3.3.6 Protocolos de Cuidados de Saúde	77



4.3.3.7 Tecnologia	77
4.3.3.8 Investigação Científica	77
4.3.3.9 Inovação	78
4.3.3.10 Síntese dos aspetos mais relevantes	78
4.4. Questionários	78
4.4.1 Caracterização da amostra de Clientes questionados	80
4.4.2 Caracterização da Satisfação dos clientes	82
4.4.2.1 Caracterização da Satisfação global dos clientes	82
4.4.2.2 Caracterização da Satisfação dos clientes por questão individual	86
4.5. Síntese do Capítulo	101
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS; METODOLOGIA MACTOR</b>	103
5.1. Metodologia MACTOR	103
5.1.1. Primeira Etapa - Quadro estratégico de atores	103
5.1.2. Segunda Etapa - Identificar os desafios estratégicos e os objetivos associados	105
5.1.3. Terceira Etapa - Posicionamento de cada ator em cada objetivo: Convergências e Divergências	106
5.1.4. Quarta Etapa – Hierarquizar os objetivos e recensear as táticas possíveis	110
5.1.5. Quinta Etapa – Avaliar as relações de força e formular recomendações estratégicas	117
5.1.6. Sexta Etapa – Colocar questões e fazer recomendações estratégicas	127
5.2. Síntese do Capítulo	130
<b>6. CONCLUSÕES</b>	132
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	140
<b>ANEXO I – QUESTIONÁRIO AOS CLIENTES</b>	
<b>ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA - OPERACIONAIS</b>	
<b>ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA - COORDENAÇÃO</b>	
<b>ANEXO IV – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO</b>	
<b>ANEXO V – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SÓCIO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>ANEXO VI – CARTA DE PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO AO HOSPITAL DA LUZ</b>	
<b>ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO PELO HOSPITAL DA LUZ</b>	

## Índice de Figuras

	<b>pág.</b>
Figura 1 – Representação do processo de planeamento estratégico	19
Figura 2 – Representação da hierarquia no Centro de Imagiologia	33
Figura 3 – Desenho da Investigação	41
Figura 4 – Rever os tempos de exame	106
Figura 5 – Promover a comunicação entre profissionais	106
Figura 6 – Rever protocolos e procedimentos	107
Figura 7 – Rever a organização da marcação de exames	107
Figura 8 – Melhorar as condições do tempo de espera	107
Figura 9 – Manter e promover o esclarecimento do cliente	107
Figura 10 – Planear a formação dos profissionais	107
Figura 11 – Implementar reuniões regulares para análise de casos clínicos	107
Figura 12 – Promover o <i>Feedback</i> de desempenho	108
Figura 13 – Criação de um gabinete de Investigação	108
Figura 14 – Promover a relação com as Instituições de Ensino Superior, de Saúde e Empresas.	108
Figura 15 – Criar e regulamentar uma carreira profissional	108
Figura 16 – Rever o horário de trabalho	109
Figura 17 – Rever a escala de trabalho	109
Figura 18 – Promover o acompanhamento psicossocial	109
Figura 19 – Rever as políticas de Motivação	109
Figura 20 – Grafo de convergências	111
Figura 21 – Grafo de divergências	112
Figura 22 – Grafo de convergências	116
Figura 23 – Grafo de divergências	117
Figura 24 – Mapa de influências e dependências entre atores	120
Figura 25 – Grafo de convergências	123
Figura 26 – Grafo de divergências	124
Figura 27 – Mapa da relação dos atores e os objetivos	125

## Índice de Gráficos

	<b>pág.</b>
Gráfico 1 – Caracterização da Amostra - Sexo	80
Gráfico 2 – Caracterização dos elementos do sexo masculino por Idade	81
Gráfico 3 – Caracterização dos elementos do sexo feminino por Idade	82
Gráfico 4 – Satisfação global	85
Gráfico 5 – Prestação de Serviços na Recepção	86
Gráfico 6 – Prestação de Serviços na sala de Exame	87
Gráfico 7 – Cortesia no Atendimento (Recepção)	87
Gráfico 8 – Cortesia no Atendimento (Sala de Exame)	88
Gráfico 9 – Rapidez no Atendimento (Recepção)	88
Gráfico 10 – Rapidez no Atendimento (Sala de Exame)	89
Gráfico 11 – Clareza da Informação	89
Gráfico 12 – Acessibilidade à Informação	90
Gráfico 13 – Qualidade da Informação	90
Gráfico 14 – Rapidez nas respostas às questões solicitadas	91
Gráfico 15 – Qualidade do atendimento Telefónico	91
Gráfico 16 – Qualidade da Imagem do CI	92
Gráfico 17 – Comodidade do CI	92
Gráfico 18 – Envolvimento dos Profissionais na Prestação de Serviços	93
Gráfico 19 – Simpatia dos Profissionais	93
Gráfico 20 – Meios de Pagamentos acessíveis	94
Gráfico 21 – Organização do CI	94
Gráfico 22 – Desempenho da globalidade dos Profissionais	95
Gráfico 23 – Qualidade do tempo de espera	95
Gráfico 24 – Quantidade do tempo de espera	96
Gráfico 25 – Rapidez na entrega dos exames	96
Gráfico 26 – Burocracia do CI	97
Gráfico 27 – Higiene do CI	97
Gráfico 28 – Acessibilidade ao CI	98
Gráfico 29 – Conhecimento da Possibilidade de acompanhamento de Familiares	98
Gráfico 30 – Histograma da ambivalência dos Atores	127

## Índice de Quadros

	<b>pág.</b>
Quadro 1 – Objetivos Gerais	6
Quadro 2 – Objetivos Específicos	7
Quadro 3 – Hipóteses do trabalho	8
Quadro 4 – Linhas Orientadoras de um Planeamento Estratégico	17
Quadro 5 – Modelo de Gestão Estratégica	18
Quadro 6 – Estudo sobre Estratégia I	24
Quadro 7 – Estudo sobre Estratégia II	25
Quadro 8 – Estudo sobre Estratégia III	26
Quadro 9 – Estudo utilizando a ferramenta MACTOR I	27
Quadro 10 – Estudo utilizando a ferramenta MACTOR II	28
Quadro 11 – Estudo utilizando a ferramenta MACTOR III	29
Quadro 12 – Critérios de seleção da amostra	39
Quadro 13 – Técnicas de recolha e tratamento de dados	42
Quadro 14 – Definição de Unidades de Análise	46
Quadro 15 – Definição das Unidades de Análise II	47
Quadro 16 – Etapas do método MACTOR	49
Quadro 17 – Tipos de validade	50
Quadro 18 - Manifestações de ausência ou de debilidade da validade	50
Quadro 19 - Meios de reforçar a validade de uma investigação	51
Quadro 20 – Esquematização da sinopse das entrevistas	62
Quadro 21 – Reclamações e Sugestões	80
Quadro 22 – Quadro estratégico de Atores do CI do Hospital da Luz	104
Quadro 23 – Desafios estratégicos e Objetivos Associados	105

## Índice de Tabelas

	<b>pág.</b>
Tabela 1 – Participação nas Entrevistas	58
Tabela 2 – Caracterização do Centro de Imagiologia I	58
Tabela 3 – Caracterização do Centro de Imagiologia II	59
Tabela 4 – Caracterização dos participantes nas entrevistas I	59
Tabela 5 – Caracterização dos participantes nas entrevistas por sexo e função	60
Tabela 6 – Apresentação da tabela de frequência para Satisfação Global	83
Tabela 7 – Medidas de tendência central	83
Tabela 8 – Medidas de tendência relativa	84
Tabela 9 – Medidas de dispersão	84
Tabela 10 – Tabela de valores estatísticos, por questão	100
Tabela 11 – Matriz de posições simples (Atores x Objetivos)	110
Tabela 12 – Matriz de convergências (Atores x Atores)	111
Tabela 13 – Matriz de divergências (Atores x Atores)	112
Tabela 14 – Regras de atribuição de valores	113
Tabela 15 – Matriz das posições valorizadas (2MAO Atores x Objetivos)	115
Tabela 16 – Matriz de convergências (Atores x Atores)	115
Tabela 17 – Matriz de divergências (Atores x Atores)	116
Tabela 18 – Tabela de Influências diretas	118
Tabela 19 – Matriz de influências indiretas (Atores x Atores)	119
Tabela 20 – Matriz de valores ri	121
Tabela 21 – Matriz das posições valorizadas (3MAO Atores x Objetivos)	121
Tabela 22 – Matriz de convergências (Atores x Atores)	123
Tabela 23 – Matriz de divergências (Atores x Atores)	124
Tabela 24 – Tabela de Ambivalência	126

## Glossário

<b>2CAA</b>	Matriz de convergências (Atores x Atores)
<b>2DAA</b>	Matriz de divergências (Atores x Atores)
<b>2MAA</b>	Matriz de Alianças e Conflitos (Atores x Atores)
<b>2MAO</b>	Matriz das posições valorizadas (2MAO Atores x Objetivos)
<b>3CAA</b>	Matriz de convergências (Atores x Atores)
<b>3DAA</b>	Matriz de divergências (Atores x Atores)
<b>3MAA</b>	Matriz de convergências (Atores x Atores)
<b>3MAO</b>	Matriz das posições valorizadas (3MAO Atores x Objetivos)
<b>A1</b>	Ator Coordenação de Imagiologia
<b>A2</b>	Ator Médico de Imagiologia
<b>A3</b>	Ator Técnico de Imagiologia
<b>A4</b>	Ator Cliente da Imagiologia
<b>BES</b>	Banco Espírito Santo
<b>CAA</b>	Matriz de convergências (Atores x Atores)
<b>CI</b>	Centro de Imagiologia
<b>DAA</b>	Matriz de divergências (Atores x Atores)
<b>DE</b>	Desafio Estratégico
<b>DICOM</b>	Protocolo de comunicação para imagem médica
<b>EQ[n]</b>	Ambivalência (valor="n" significa a numeração da ambivalência)
<b>ESS</b>	Espírito Santo Saúde
<b>HIS</b>	<i>Hospital Information System</i>
<b>HL</b>	Hospital da Luz
<b>HL7</b>	Protocolo do setor Saúde
<b>Hn</b>	Hipótese do trabalho (valor="n" significa a numeração da hipótese)
<b>MAA</b>	Matriz de Alianças e Conflitos (Atores x Acores)
<b>MACTOR</b>	Método atores, objetivos e relações de força
<b>MAO</b>	Matriz de posições simples (Atores x Objetivos)
<b>MDI</b>	Tabela de Influências diretas
<b>MDII</b>	Matriz de influências diretas e indiretas (Atores x Atores)
<b>MI</b>	Médico de Imagiologia
<b>MMDII</b>	Matriz do máximo da influência direta e indireta (Atores x Atores)
<b>NS</b>	Escala de influências (Atores x Atores)
<b>On</b>	Objectivo estratégico (valor "n" significa a numeração do objetivo)
<b>PACS</b>	<i>Picture Archiving and Communication System</i>

<b>Ri</b>	Matriz de valores ri
<b>RIS</b>	<i>Radiology Information System</i>
<b>RX</b>	Radiação X
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>TI</b>	Técnico de Imagiologia
<b>TPC/IP</b>	Protocolo de comunicação em rede

# **Capítulo 1: INTRODUÇÃO**



## **1. INTRODUÇÃO**

Os Técnicos de Imagiologia (TI) são cada vez mais imprescindíveis na área da Investigação, do setor da Saúde, não só porque começam a ser uma classe determinante no mundo da Imagem Médica, como por ser igualmente obrigatório um contínuo aperfeiçoamento da profissão. Não perder o comboio da mudança e desenvolver estudos que nos permitam retirar ilações proveitosas, deve ser o grande objetivo para o futuro da Imagiologia.

O interesse de realizar um trabalho que estivesse inserido nesse âmbito de evolução interioriza a necessidade de entendimento do progresso e das suas tendências futuras nas diferentes componentes desta valência da Medicina.

Atualmente, áreas como a Gestão, a Sociologia, a Psicologia, a Informática, a Política e a Economia são áreas determinantes para a Saúde e em particular para a Imagiologia, pelo simples fato de ao longo do século XX tudo se ter tornado convergente e dependente, exigindo um aperfeiçoamento dos mecanismos funcionais e organizativos de maneira a torná-los eficazes e sustentáveis.

Com o início da globalização todo o funcionamento organizacional se reestruturou baseando-se no capitalismo organizado, tornando a economia a base de todo o funcionamento global, formando assim novas realidades.

Como tal, também a instituição Saúde teve de tomar em linha de conta essas novas realidades; vários conceitos que até então não eram aplicáveis passaram a ser uma necessidade para poder oferecer um Serviço viável e de qualidade.

A área de Gestão, por exemplo, insere-se nesta convergência, sendo um dos conceitos que a Saúde teve de inserir para poder enfrentar os novos desafios. É uma área que expõe conceitos como Organização, Planeamento e Controlo, que auxiliam a estabilidade e melhor aproveitamento do rendimento dos recursos tão limitados como são os da Saúde.

Como tal, se o TI aumentar as suas áreas de intervenção, nomeadamente na Gestão, será um profissional capacitado para interagir em duas áreas que se encontram em constante crescimento e que, quando aliadas, podem ser determinantes para uma maior rentabilidade da Saúde.

Este trabalho de investigação versa, no fundo, sobre diversos pontos essenciais de qualquer Serviço de Saúde, a sua gestão, centrando-se sobre a sua vertente estratégica com a aplicação concreta da Imagiologia, dando assim a conhecer uma área que está em constante evolução e que tem sido uma das que mais evoluiu desde o início do século XX.

## **Temática**

O tema de investigação constituiu a base para a formulação de todo o trabalho, pois, é na escolha da temática que começamos a direcionar toda a análise a que nos propomos realizar, onde apesar de existir um começo de filtração da informação, deverá permitir que o assunto escolhido seja abrangente o suficiente para uma procura inicial de onde resultará a formulação do problema. No fundo, “o tema de uma pesquisa é uma proposição até certo ponto abrangente, já a formulação do problema é mais específica: indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver”. (Marconi & Lakatos, 1991).

Assim, o tema de investigação deste trabalho reflete-se sobre o funcionamento da Imagiologia abordando a sua Gestão, as suas políticas de administração e como estas tem vindo a evoluir, de forma a possibilitar uma perceção e um entendimento do posicionamento estratégico atual e prospetivar o seu futuro.

Esta noção de necessidade de conhecer de como nos encontramos atualmente para nos podermos preparar para o futuro, é uma realidade que caracteriza a Imagiologia desde os seus primórdios, pois, desde a descoberta da radiação X que a sua evolução, ao nível das propriedades de imagem e de equipamento, tem sido exponencial e incansável, mostrando ser assim fundamental que os seus profissionais se mantenham atualizados e abertos às mudanças constantes. Citando Sousa (1999), “A Radiologia foi durante largo espaço do seu percurso, uma especialidade para diagnóstico pela imagem. (...) O melhoramento da imagem e dos equipamentos, permitiram conduzir práticas terapêuticas conjugadas com técnicas inicialmente apenas de diagnóstico”.

No entanto, será essencial que os seus profissionais tenham noção que se inserem numa realidade mais abrangente e complexa, não podendo limitar-se apenas à sua prática clínica de diagnóstico e terapêutica.

Como tal, este trabalho nasce do interesse em identificar o papel estratégico da Imagiologia no futuro da Saúde, nomeadamente na convergência com a noção de Gestão Estratégica, traduzindo-se assim, numa análise pertinente sobre uma área que ainda se encontra muito pouco explorada.

Uma vez fixada e delineada a temática central do trabalho há que formular a questão de Investigação, caracterizando-se esta como um passo complexo, não só porque vai direcionar especificamente o que se pretende estudar, mas porque permite também delinear os objetivos a atingir e que servirão de guias ao longo de toda a pesquisa.

## **Problemática**

A problemática de um trabalho de Investigação deverá ser apresentada sob a forma de uma pergunta/questão concisa, clara e objetiva. A resposta a essa questão de investigação deverá ser portanto suscetível de comprovação empírica numa dimensão viável permitindo uma solução (Gil, 2002).

Assim, a problemática deste trabalho fundamenta-se em dois temas base: identificar e perceber a estrutura e a metodologia organizativas na área da Saúde, em especial na Imagiologia e perspetivar o seu futuro.

Para se realizar um determinado estudo é necessário, em primeira instância, perceber a situação atual da área a estudar, para depois de se ter a verdadeira noção da realidade poder questionar e propor algumas melhorias.

Como tal, perceber a relação entre a gestão organizativa e a metodologia de funcionamento em Imagiologia, parece-nos poder ser benéfico para o aumento da qualidade da gestão em contexto hospitalar de um determinado centro clínico, tendo no nosso caso sido escolhido o Centro de Imagiologia (CI) do Hospital da Luz (HL), em Lisboa.

No fundo, será importante saber quais têm sido os avanços tecnológicos na área da Imagiologia, bem como perceber como estes influenciam a política de gestão da mesma. Ou seja, perceber qual tem sido e qual será a influência que a Imagiologia tem para com a política de Gestão Hospitalar é essencial para a definição do papel estratégico de uma organização que forneça serviços nesta área.

As tendências, as necessidades e as perspetivas futuras são condicionadas, normalmente, pelo contexto atual e portanto, no nosso caso, só percebendo como se encontra a Imagiologia inserida numa organização é que se poderá delinear um caminho que leve a evolução positiva e ao melhoramento pretendido.

No entanto, importa ter em atenção Godet (1993) que “a previsão constrói um futuro à imagem do passado, enquanto a prospetiva se vira para o futuro decididamente diferente do passado, pois os problemas mudam mais depressa do que se resolvem e prever essas mudanças é mais importante do que encontrar soluções que se apliquem a problemas do passado.”

Como tal, e baseado nestes pressupostos surgem algumas questões para as quais este trabalho deverá contribuir com alguns elementos de resposta:

- Como se caracteriza a Liderança do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz?
- Qual o posicionamento estratégico do Centro de Imagiologia no Hospital da Luz?
- Como é encarado o tema da Motivação, por parte da Coordenação do Centro de Imagiologia, dos seus colaboradores?
- Como se caracteriza toda a área de Equipamento no Centro de Imagiologia?
- Como se caracteriza a relação entre o Centro de Imagiologia e a Investigação Científica?
- Como deve inovar o Centro de Imagiologia?

No fundo, se se reunir todas estas perguntas numa só pode identificar-se a questão fundamental desta investigação:

- Qual o papel atual da Imagiologia na Gestão Hospitalar? Assume natureza Estratégica ou só Operativa? Qual a sua influência no futuro?

## Objetivos

A questão de investigação consubstancia os objetivos do trabalho. Conforme refere Marconi & Lakatos (1991), o objetivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.”

Ou seja, o objetivo geral caracteriza-se como sendo o ponto de partida indicando o caminho a seguir resultando daqui toda a definição e estratégia para toda a pesquisa (Gil, 2002).

Os objetivos específicos, por sua vez, “apresentam-se com um carácter mais concreto. Têm função intermédia e instrumental, permitindo atingir o objetivo geral e aplicá-lo a situações particulares” (Marconi & Lakatos, 1991).

Concluindo, “(...) enquanto que os objetivos gerais referem-se a conceitos mais abstratos, os específicos referem-se a características que podem ser observadas e mensuradas (...) onde tentam descrever, nos termos mais claros possíveis, exatamente o que será obtido num levantamento.” (Gil, 2002).

Como tal, os objetivos gerais deste trabalho estão apresentados na tabela 1:

### Quadro 1

#### *Objetivos Gerais*

<b>Objetivos Gerais</b>	
<b>1º Objetivo</b>	Identificar quais são as políticas de gestão no Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.
<b>2º Objetivo</b>	Identificar como tem sido acompanhada a evolução da Imagiologia pelo Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.
<b>3º Objetivo</b>	Perspectivar que tipo de orientação de futuro pode este Centro de Imagiologia definir.

Fonte: Elaboração própria

Estes objetivos anteriores são desagregados e apresentados nos seguintes objetivos específicos da tabela seguinte:

**Quadro 2**

***Objetivos Específicos***

---

<b>Objetivos Específicos</b>	
<b>1º Objetivo</b>	Identificar qual a teoria de Liderança aplicada.
<b>2º Objetivo</b>	Identificar que a teoria de Motivação aplicada.
<b>3º Objetivo</b>	Identificar qual é a política de Formação.
<b>4º Objetivo</b>	Caraterizar a política de actualização e evolução do Equipamento.
<b>5º Objetivo</b>	Identificar qual o nível de Satisfação dos clientes relativamente aos serviços prestados na Imagiologia.
<b>6º Objetivo</b>	Perceber que relação existe entre o Centro de Imagiologia e as Instituições de Ensino Superior relativamente à Investigação Científica;
<b>7º Objetivo</b>	Perceber e perspetivar o papel estratégico do Centro de Imagiologia.

---

Fonte: Elaboração própria

## **Hipóteses da Investigação**

Para responder à questão central desta investigação e atingir os objetivos para ela fixados, apresentam-se em seguida (Tabela 3), as hipóteses de partida:

### **Quadro 3**

#### ***Hipóteses da Investigação***

---

<b>Hipóteses da Investigação</b>	
<b>Hipótese 1 (H1)</b>	A Liderança exercida no Centro de Imagiologia caracteriza-se como moderna e segundo o estilo democrático.
<b>Hipótese 2 (H2)</b>	A Motivação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada na Teoria do Reforço.
<b>Hipótese 3 (H3)</b>	A Formação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada num plano adaptado aos colaboradores e ao fluxo de trabalho.
<b>Hipótese 4 (H4)</b>	O Centro de Imagiologia acompanha e aplica nos seus Equipamentos as principais mudanças do setor.
<b>Hipótese 5 (H5)</b>	A relação existente entre as Instituições do Ensino Superior e o Centro de Imagiologia proporciona um bom ambiente que propicia a prática de Investigação na área da Imagiologia.
<b>Hipótese 6 (H6)</b>	O posicionamento estratégico do Centro de Imagiologia caracteriza-se pelo fato de este departamento ser central para o diagnóstico médico.

---

Fonte: Elaboração própria

## **Estrutura**

Segundo Gil (2007), a estruturação de um trabalho deve ser realizado conforme as suas finalidades, isto é, deve ser formulado de acordo com a área que aborda, com a população destinatária e com o motivo da elaboração do trabalho.

Assim, a elaboração de qualquer trabalho deve obedecer sempre a uma estrutura que encadeie a ideia da pesquisa de forma perceptível, objetiva e concisa.

Este trabalho começa com uma Introdução (capítulo 1) onde se faz uma pequena apresentação da evolução da Imagiologia até à realidade atual, no sentido de mostrar a necessidade do contínuo aperfeiçoamento da profissão. É definido o tema assim como a problemática a abordar, no sentido de tornar claro o que se pretende pesquisar e quais as respostas que se pretendem obter com a investigação. A Introdução explicita ainda os objetivos e as questões de investigação, elementos que serve de guia ao estudo.

No Capítulo 2, é feito o Enquadramento Teórico do trabalho contextualiza os principais conceitos e estudos realizados na esfera do tema em análise, no sentido de “esclarecer os pressupostos teóricos que dão fundamentação à pesquisa e às contribuições proporcionadas por investigações anteriores”, conforme salienta Gil (2007).

O Capítulo 3 apresenta a Metodologia seguida, ou seja, expõe o desenho da investigação, justificando as respetivas fases e métodos e técnicas utilizados.

O Capítulo 4 faz o tratamento de dados recolhidos através de entrevistas (aos coordenadores e colaboradores do centro de imagiologia), de questionários (aos clientes do centro de imagiologia) e de observação direta (do autor que é técnico no centro de imagiologia há vários anos) e apresenta os respetivos resultados.

No Capítulo 5 é feita a discussão dos resultados da investigação seguindo a metodologia MACTOR, no sentido de identificar os desafios estratégicos que se colocam e perspetivar o futuro.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões a que se chegou com a realização do estudo.



**Capítulo 2:**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CAMPO DE**  
**APLICAÇÃO EMPÍRICA**

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CAMPO DE APLICAÇÃO EMPIRICA**

Este enquadramento teórico apresenta as bases conceituais deste trabalho. Contextualiza e aborda contributos científicos de autores diversos, servindo de base para formular as hipóteses e formular as *guide lines* da investigação.

### **2.1. Caraterização de conceitos e do contexto**

#### **2.1.1. Contexto evolutivo da organização da Saúde**

Em 1895 quando Roentgen, no seu laboratório, fez a descoberta da radiação X, não poderia imaginar a repercussão que esta descoberta teria para a Medicina. Esta nova descoberta abriu muitas oportunidades pois, a partir daí tornou-se possível confirmar os estudos dos grandes anatomistas em imagens simples sem se ter que “abrir o objeto em estudo”.

A Imagem Radiológica passou a ser uma arma potente e convincente para o diagnóstico médico. De tal forma, que não se havia ainda completado um século desde a descoberta da radiação X, e já os meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica eram diversos e complexos.

Foi o culminar de descobertas no ramo das ciências médicas, que fizeram da segunda metade do século XIX uma época de grandes vitórias no Intelecto Humano. Em consequência, começou a surgir a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais com conhecimentos de anatomia, de fisiologia, de física das radiações e de tecnologia para responder às necessidades que se avizinhavam.

A evolução do conhecimento, elevada e complexa, possibilitou a conjugação de várias matérias com a Imagiologia, valorizando assim os seus profissionais e, conseqüentemente, a sua profissão. O Técnico de Imagiologia é um profissional com uma carreira de responsabilidade na prática clínica, na prática de investigação e na prática de gerência.

A escassez de Técnicos de Imagiologia, dotados de conhecimentos específicos de gestão, deve ser considerada como algo de difícil compreensão, tendo em conta a necessidade do bom entendimento e funcionamento da organização e instituição Saúde.

Em Portugal, a ideia de que as organizações da Saúde devem ser geridas com bases teórico-práticas idênticas às empresas, com as devidas adaptações, é

relativamente recente. Considerando a importância das organizações da Saúde no seio da sociedade argumenta-se efetivamente, que determinados conceitos da área empresarial são uma mais-valia para o seu bom funcionamento.

Para melhor fundamentar este argumento será importante ir às raízes da Instituição Saúde em Portugal e observar a sua trajetória evolutiva.

A Instituição Saúde em Portugal apresenta e define as suas linhas base no final do século XIX, quando a influência de conceitos religiosos, políticos e sociais se começam a coadjuvar para dar resposta às doenças emergentes. É “através do Dr. Ricardo Jorge, em 1899, que se inicia a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” tendo entrado em vigor a 1903, estabelecendo que a prestação de cuidados de saúde seria de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres” (Ministério da Saúde, 2009b)

Foi já no “final da primeira metade do século XX com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, que se estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. No entanto, é só em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS)”. (Ministério da Saúde, 2009b)

Mas é de salientar que foi só com a revolução de Abril que a política de Saúde seria reconhecida e considerada como um passo importante para a implementação de um verdadeiro Estado Social português.

Foi em 1979 que “(...) a criação do SNS surgiu através do qual o Estado assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, ou seja, definição de uma política nacional de Saúde individual e coletiva (...) com autonomia administrativa e financeira e estruturando-se numa organização descentralizada dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados.” (Ministério da Saúde, 2009b)

Mais tarde, na década de 90, do século XX, é aprovada a “Lei Orgânica do Ministério da Saúde” e é publicado o novo estatuto do SNS, através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas procurando-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários. Mais recentemente, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro),

introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). (Ministério da Saúde, 2009b)

Hoje o Serviço Nacional de Saúde é regido por estatuto próprio, constante no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, com atualizações em 1996, 1998, 1999, 2000, 2002, 2004 e 2007 e é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, estando nelas inseridas os Hospitais, Centros de Saúde e Agrupamentos de Saúde. (Ministério da Saúde, 2009a)

Relativamente ao Sistema Nacional de Saúde, importa ainda referir que a sua definição base na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, sofreu alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, traduzindo que “o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades.” (Ministério da Saúde, 2009c)

Como se constata, a evolução da instituição Saúde em Portugal, foi complexa e intensiva, desde o século passado até aos nossos dias, com atualizações constantes no intuito de responder aos problemas de cada época.

Assim, face a esta complexa evolução será muito importante precisar alguns conceitos considerados fundamentais para uma boa administração estratégica. Sobre este assunto lembremos Chiavenato (2000) ao afirmar que “a administração é considerada como o principal fator de desenvolvimento. A sociedade moderna está centrada nas organizações administradas. A Administração constitui a ferramenta básica que torna as organizações capazes de gerar resultados e produzir o desenvolvimento económico e social”.

Esta perspetiva deve convergir entre os profissionais da saúde, sendo estes que com o conhecimento técnico apropriado e, simultaneamente com a formação complementar adequada, serão capazes de realizar uma administração mais segura, útil e estratégica. Assim, a cada área da Saúde veria otimizado o funcionamento dos seus diversos departamentos.

Tendo em consideração o que afirma Potchen (1994), a Imagiologia ocupará um lugar no cuidado preliminar, isto é, um cliente/utente antes de ser consultado pelo médico especialista terá de passar obrigatoriamente pelos profissionais desta área. A tendência de trabalho obrigará os especialistas desta área a serem mais eficazes e

eficientes e isso traduzir-se-á em novos protocolos que utilizarão de futuro, nunca esquecendo que o sucesso da imagiologia, no futuro, dependerá da forma como esta servirá os interesses dos utentes/clientes: *“The future of radiology is very bright if we pay adequate attention to these few basic precepts for success”* (Potchen, 1994).

Friendenberg (1999) também reforça a ideia de que a Imagiologia e a sua evolução nos últimos dez anos se devia ao facto dos antigos centros radiológicos serem agora importantes centros de diagnóstico, com equipamentos modernos e avançados, graças a uma estrutura, organização e estratégia bem definidas. Ele baseia a sua teoria da evolução histórica da imagiologia argumentando que esta tem duas origens distintas (uma interna e outra externa) possibilitando um posicionamento de relevo nas especialidades da área médica:

- A externa, devido à institucionalização e desenvolvimento do controlo dos cuidados de saúde, dando mais ênfase à prevenção do que à terapêutica e aos custos que isso acarreta;

- A interna, devido à evolução do equipamento, no que toca à introdução da digitalização, bem como da utilização dos PACS (*Picture Archiving and Communication Systems*) que abre assim a possibilidade para afirmação da Telemedicina.

A perspetiva de um hospital estar completamente informatizado permite que a informação circule muito mais rápido e com muito mais precisão entre equipas médicas, o que para o diagnóstico e para a terapêutica é essencial.

Para além disso e devido à evolução tecnológica, conseguiu-se reduzir as doses de exposições para uma dose ótima, sem se perder a qualidade de imagem que se pretende, reforçando assim a preponderância na panóplia de meios complementares de diagnóstico (Margulis & Sunshine, 2000).

Friendenberg (1999) considera ainda que num futuro próximo, a grande afirmação da Imagiologia estará na terapêutica e não só no diagnóstico, podendo mesmo vir a tornar-se num departamento independente e autónomo.

Neste processo evolutivo uma das áreas em que a Imagiologia terá ainda de evoluir é, certamente, a área da gestão, onde o papel do gestor é essencial, pois com os seus conhecimentos técnicos, concetuais e de avaliação, deve ser capaz de analisar situações e apresentar soluções de forma consistente e coerente.

A aplicação à Saúde de conceitos da gestão empresarial podem ser uma mais-valia para a melhoria de qualidade do atendimento e do tratamento ao cliente/utente, bem como na aplicação de procedimentos funcionais e organizativos que permitam um efetivo melhoramento das diferentes áreas da Imagiologia. Os Técnicos de Imagiologia só poderão, assim, ganhar com a aquisição de competências.

### **2.1.2. A Gestão na organização da Saúde**

O principal objetivo da instituição Saúde é manter a Saúde que, segundo a Organização Mundial de Saúde (1948) “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças, acessível a todas as pessoas de forma igualitária”.

A gestão tem por finalidade decidir sobre meios e soluções necessários para que um objetivo consiga ser alcançado. Ao aplicarmos os conceitos de gestão induzimos uma atuação mais controlada e consistente conseguindo, com isso, mais segurança nos diferentes atos que se possam tomar.

Considerando a Gestão como o “(...) processo de coordenação e integração de recursos, tendente à consecução dos objetivos, através do desempenho das atividades de planeamento, organização, direção e controlo” (Santos, 2008), então o processo de gerir é um processo contínuo exigindo uma constante atualização dos dados de suporte à tomada de decisões.

Mas para gerir não chega perceber os conceitos e os instrumentos de gestão há que saber aplicá-los aos contextos reais, que se revelam cada vez mais complexos e mutantes. Por exemplo, é o caso da sua aplicação direta na prevenção de acidentes em contexto hospitalar: sendo a imagiologia uma área onde se lida com equipamentos e materiais de intervenção é essencial saber conjugar os instrumentos de gestão de maneira criar estratégias de prevenção de acidentes. (Beyrer *et al*, 2001).

O grau de complexidade de cada contexto é diferente, caraterístico e único e varia muito rapidamente. Por isso, nenhum conceito e instrumento de gestão devem ser considerados bom ou mau em termos absolutos, o seu valor é relativo, dependendo do contexto e da sua capacidade de adaptação.

Gerir em Saúde e na Imagiologia não é diferente de o fazer noutra negócio. O planeamento do negócio requer que se perceba o passado e o presente para melhorar as probabilidades de um futuro promissor, ou seja, a correta aplicação dos conhecimentos de gestão, precisa de ter em conta três pontos muito importantes: o ponto de partida da organização, isto é, a sua posição no mercado quando inicia a sua atividade; o ponto de avaliação, isto é, saber como deve adaptar o seu caminho depois de iniciar a sua atividade e, o ponto de chegada, ou seja, estabelecer metas e objetivos para obter uma determinada posição no mercado no futuro de forma sólida e sustentada (Potchen, 1994).

Com base nesta linha de raciocínio, podemos retirar a ideia que o setor da Saúde tal como os seus diversos subsectores, sendo organizações com recursos escassos e dispendiosos são também espaços onde a Gestão tem cobertura. São espaços que podem ser bem geridos, com os impactos respetivos nos resultados e na qualidade.

### **2.1.3. A Gestão Estratégica na Saúde**

Enquanto área científica, a Gestão a partir do século passado, tem evoluído muito rapidamente. Seja essa evolução centrada na vertente financeira ou na vertente dos recursos humanos ou até mesmo na otimização de processos, existe sempre um fator comum que é determinante para as decisões: a incerteza.

É com base neste fator que se traçam cenários alternativos e se estabelecem prioridades (Detzel & Desatnick, 1995).

É com base neste fator sua articulação com a variável Tempo que as empresas procuram ser competitivas no mercado e basear toda a sua política estratégica e organizacional. Uma organização que toma como primordial a “manipulação” da “sua” incerteza no tempo, com certeza será uma organização que subsistirá durante mais tempo no mercado, pois, este exercício mental e processual pressupõe a análise de diversas dimensões que lhe proporcionam acumulação de conhecimento de natureza interna e externa (Gibson *et al*, 2006).

Esta postura tem subjacente a aplicação do conceito de Estratégia em Gestão.

A palavra estratégia deriva do grego *strategos* que significa líder de exército ou chefe. Estabelecendo uma analogia entre a área militar e a área empresarial pode entender-se a Estratégia como “a formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objetivos, as políticas e ações da organização, tendentes à criação de uma vantagem competitiva sustentada” (Freire, 1997 citado por Santos, 2008).

Assim sendo, da gestão estratégica resulta no “processo através do qual os gestores formulam e implementam estratégias, tendentes a assegurar a consecução dos objetivos da organização, em função do meio envolvente em que estas se encontram integradas e das suas próprias condições internas” (Bartol & Martin, 1998 citado por Santos, 2008).

A gestão estratégica tem em atenção o conceito de Tática. Este conceito refere-se “ao conjunto de dados organizacionais (preços, valores de mercado, inovação, estrutura e cultural organizacional etc...) cuja execução seja imprescindível à

execução de estratégia (sendo esta entendida como o conjunto de decisões relacionadas ao mercado) ” (Santos, 2008).

Estes dois conceitos estão, assim, inteiramente ligados, pois o valor da estratégia dependerá inteiramente dos resultados da sua execução ao nível tático.

Será importante fazer salientar que a gestão não deve basear-se, exclusivamente, numa postura de resolução de problemas de curto-prazo, mas também, e essencialmente numa postura de antecipação num horizonte temporal mais alargado. A gestão estratégica ao procurar manter a sustentabilidade e aumentar a competitividade tem subjacente esta postura antecipativa e alargada no tempo. O seu desenvolvimento pode ser ancorado no planeamento, através de um instrumento básico: o plano estratégico. Entendendo este, como um “processo sistémico, metodológico, e complementar de apoio, fomento, organização, estruturação, e síntese de reflexão estratégica dos membros da organização” (citando Freire, 1997 citado por Santos, 2008).

Assim, o plano estratégico é um instrumento que se caracteriza pelas seguintes *guide lines*:

#### **Quadro 4**

##### ***Linhas Orientadoras de um Planeamento Estratégico***

---

<b>Linhas Orientadoras de um Planeamento Estratégico</b>	
<b>Finalidade</b>	Define e analisa as condicionantes, propondo também cumprir alguns objetivos.
<b>Objectivo</b>	Através da definição de objetivos tem-se o conhecimento do que se pretende alcançar.
<b>Espaço Estratégico</b>	Define onde se vai atuar e faz com se conheça a realidade do teatro de operações.
<b>Fatores de Análise</b>	Permite tomar consciência do ambiente interno e externo e ajudar a ponderar a melhor forma de estabelecer um ataque.
<b>Confronto</b>	Antever e prever o confronto, permitindo estabelecer condições de segurança que suporte a ação.

---

Fonte: Elaboração própria, inspirada em Santos (2008)

Este instrumento faz parte, no entanto, de um mais amplo designado Modelo de Gestão Estratégica, que enquanto processo dinâmico de Gestão, permite às organizações desenvolver estímulos de sustentabilidade competitiva. Esse modelo torna-se relevante, pois, possibilita vários tipos de ações vantajosas e indispensáveis para a organização, assente em quatro pilares fundamentais:



Quadro 5

Modelo de Gestão Estratégica

---

<b>Modelo de Gestão Estratégica</b>	
<b>Planeamento</b>	<p>Deve desenvolver-se estratégias e objetivos com base numa análise organizacional tanto ao nível externo como ao nível interno da empresa; desta análise deriva a definição dos pontos fortes e fracos e das oportunidades e ameaças.</p> <p>O desenvolvimento de táticas irão permitir a definição de políticas funcionais e processuais bem como de regras e procedimentos departamentais definitivos para o desenvolvimento da organização.</p>
<b>Organização</b>	<p>Desenvolver as estruturas e os processos propriamente ditos é um passo fulcral na formalização da organização – estatutos, carreiras, autoridades, responsabilidade, entre outros, são pontos que se devem encontrar bem definidos e bem identificados.</p> <p>Os recursos devem ser uma aposta contínua e planeada de acordo com a exigência necessária para o correto funcionamento da organização.</p>
<b>Liderança</b>	<p>Saber motivar, saber planear e executar, saber avaliar e saber orientar é aspeto mais importante de uma organização para a definição do seu caminho.</p>
<b>Controlo</b>	<p>A avaliação constante dos processos, das políticas e do desempenho é decisivo para a vida útil da organização, sem proceder a essa avaliação não se sabe em que posição estratégica se pode colocar a empresa.</p>

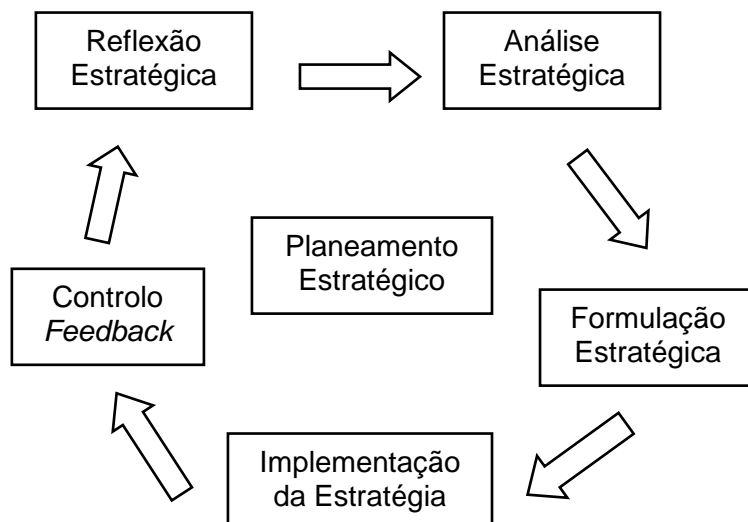
---

Fonte: Elaboração própria, inspirada em Santos (2008)

Portanto, o planeamento estratégico é um dos pilares da Gestão Estratégica e é fundamental para a definição do futuro da organização, caracterizando-se como uma infra-estrutura de apoio ao processo de formulação e implementação da estratégia definida pela administração. Este tipo de processo deve ser encarado como dinâmico e contínuo podendo ser ilustrado em seguida pela figura 1.

No entanto, deve salientar-se que apesar do dinamismo e do fortalecimento do conhecimento organizacional aquando da análise deste processo, deve ter-se em linha de conta três limitações muito importantes (Santos, 2008 baseado em Mintzberg, 1994):

- Não pode prever o futuro;
- A desmotivação da área operacional;
- É um processo que se baseia em dados passados e presentes;



**Figura 1. Representação do processo de planeamento estratégico**

Fonte: Elaboração própria, inspirada em Santos (2008)

São limitações que exigem uma reflexão, de fundo, regular e acentuada de maneira a criar e possibilitar uma implementação estratégica eficaz e consistente com a estrutura organizacional para que o comportamento e o desenvolvimento da organização sejam o mais ajustado possível à realidade.

Em suma, uma organização de sucesso com carácter de vencedora deverá encarar a gestão estratégica como um modelo processual de funcionalidade dinâmica e processual, com importância elevada na definição e cumprimento das metas da organização e na criação e manutenção de vantagens competitivas. Para conseguir isso será fundamental não perder de vista o cliente, colocando-o até como âncora do processo.

### 2.1.3.1 Liderança

A Liderança é um tema fundamental quando se pretende abordar a implementação de uma política estratégica para o futuro.

Como tal, devemos encará-la com a importância que lhe é devida, isto é, qualquer plano a aplicar num determinado contexto necessita sempre de recursos – humanos, tecnológicos, físicos, financeiros. Todos eles apresentam um grau de complexidade diferente, que um gestor deve ter em linha de conta aquando da

aplicação do que pretende. Ou seja, para conseguir aplicar com eficiência e eficácia os recursos de que dispõe deve entender que terá de lidar com cada um deles de uma forma diferente mas complementar.

A liderança acaba por ser um tema que pretende mostrar uma abordagem especificamente sobre o recurso mais importante que uma organização pode ter, que são as pessoas.

Como tal, pode ser definida como o “processo através do qual uma pessoa, em determinado contexto, exerce influência sobre outra, no sentido de assegurar que esta assuma determinados comportamentos, em ordem à consecução de determinados objetivos.” (Santos, 2008).

Essa influência normalmente está acompanhada de um determinado poder que se torna basilar na influência exercida por alguém sobre alguém.

Esse poder pode ser visto das seguintes formas (Santos, 2008):

- Poder legítimo – decorre diretamente da posição hierárquica ocupada;
- Poder de recompensar – capacidade de decidir atribuir a natureza e extensão das recompensas;
- Poder coercivo – capacidade de punir os comportamentos indesejados;
- Poder intelectual – detenção de conhecimentos especializados;
- Poder da informação – decorre do acesso ou controlo de informação relevante para a organização;
- Poder reverencial – resultante sobretudo de sentimentos que serve de inspiração para os outros.

No entanto, um líder não se apoia nem se centra num único estilo de poder, ou seja, tenta aproveitar e adaptar todo o tipo de poder para o conseguir utilizar quando lhe parecer favorável segundo as características dos elementos que constituem a sua organização.

Existem vários estilos de Liderança, no entanto e tendo em consideração as características do estudo de investigação e das hipóteses propostas abordaremos apenas os estilos resultantes dos estudos das Universidades de Iowa e Michigan (Santos, 2008).

Baseados nestes estudos podem agrupar a Liderança em três estilos diferentes:

- Estilo autocrático;
- Estilo democrático;
- Estilo liberal;

No primeiro estilo, o autocrático, o líder tende a tomar decisões de forma unilateral sem efetuar qualquer tipo de consulta baseado apenas nas perceções e lógicas próprias que o caracterizam. Resultando numa centralização da autoridade e nos métodos de trabalho. É um método que acaba por limitar a informação e participação dos subordinados, resultando normalmente com *feedback* punitivo.

No segundo estilo, o democrático, o líder tende a envolver o grupo nas tomadas de decisão, de forma que todos tenham uma palavra ativa na seleção dos métodos de trabalho mais adequados, resultando sempre num *feedback* de orientação e apoio. A partilha de informação, de autoridade e dos objetivos promove uma maior satisfação e motivação dos seus subordinados.

No terceiro estilo, o liberal, o líder dá total liberdade ao grupo, limitando-se a fornecer os materiais e equipamentos necessários e evitando o *feedback* contínuo.

Os estudos (Santos, 2008) sugerem que a qualidade e a quantidade do produto produzido diferem com o estilo de liderança, ou seja, numa relação direta entre os estilos e o resultado obtido. Como tal, a forma como um líder aplica a sua influência sobre os seus subordinados acaba por ser determinante para os resultados da sua Gestão.

Concluindo, cabe ao líder escolher o estilo de liderança que se adegue melhor às características da organização, para que no futuro consiga atingir as suas metas da forma mais eficaz e eficiente possível.

### **2.1.3.2 Motivação**

Tal como na liderança a Motivação é um tema importante e fulcral para qualquer líder que pretenda ter bons resultados e superar as suas próprias metas. Nenhum líder consegue atingir as suas metas se não exercer uma liderança adequada e de acordo com as características da sua organização e se não motivar os seus colaboradores.

A motivação pode ser definida como “conjunto de forças que impulsiona o comportamento, e determina a sua forma, direção, intensidade e duração” (Ivancevich *et al*, 1997).

Existem várias teorias sobre motivação (Santos, 2008):

- Teorias da motivação baseadas nas necessidades:

- Teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, que consiste na divisão básica entre as necessidades primárias (necessidades fisiológicas e de segurança) e

as necessidades secundárias (necessidades sociais, de estima, e de realização). Estas necessidades são representadas numa pirâmide em que as primárias estão na base e as secundárias no topo.

- Teoria dos dois fatores de Herzberg baseia-se na dependência que o comportamento das pessoas no trabalho apresenta nos fatores motivacionais (fatores intrínsecos relacionam-se diretamente com o conteúdo dos cargos desempenhados pelos trabalhadores) e nos fatores higiênicos (extrínsecos como o salário, o *status*, a segurança e estabilidade, o tipo de chefia, ambientes de trabalhos).

- Teoria ERG (*Existence, Relatedness, e Growth*) de Clayton Alderfer que consiste em três necessidades fundamentais: Existenciais (necessidades fisiológicas), Relacionamento (necessidades de aceitação e participação e exercício de influência sobre os outros) e Crescimento (criatividade e inovação).

- Teorias cognitivas da motivação:

- Teoria da Expetativa, que se baseia em três pontos fundamentais: a expetativa (traduz a convicção da pessoa relativamente à extensão do seu esforço sobre uma determinada atividade), a instrumentalidade (reflete a avaliação subjetiva que cada pessoa pode produzir no desempenho da satisfação de outros desejos) e a valência (importância que cada pessoa atribui aos resultados obtidos com o seu esforço).

- Teoria de Equidade consiste na percepção que as pessoas têm na forma como estão a ser tratadas.

- Teoria de Fixação de Objetivos consiste na adoção de metas quantificáveis e mensuráveis e na gerência das expetativas e do valor atribuído pelo trabalhador nessas metas.

-Teoria do Reforço:

Esta teoria baseia-se nas consequências dos comportamentos dos colaboradores no trabalho. Isto é, “ os comportamentos dependem sobretudo da lei do efeito, de acordo com a qual os comportamentos que tenham sido geradores de consequências positivas ou agradáveis têm mais probabilidade de ser repetidos, enquanto os comportamentos negativos têm maior probabilidade de ser evitados no futuro” (Santos, 2008).

Para isso, são nos fornecidos alguns tipos de instrumentos ou técnicas:

- Promoção de comportamentos desejáveis – reforço positivo (técnica de influenciar o comportamento das pessoas através de uma recompensa agradável) e reforço negativo (aplicação da cessação de consequências desagradáveis promovendo um comportamento desejado).

- Diminuição de comportamentos indesejáveis – punição (aplicação de uma consequência desagradável a um comportamento indesejado) e extinção (parte do princípio que o comportamento não é recompensado logo o comportamento tende a diminuir).

Tal como na Liderança, a Motivação é um tema fulcral para a gestão de uma organização e cabe ao líder avaliar uma vez mais as características da sua organização para assim poder escolher uma teoria e conseguir aplicá-la. Os estudos sugerem a qualidade e a quantidade do produto produzido são diretamente influenciados pelos níveis motivacionais do trabalhador.

Como tal, a forma como um líder aplica a sua influência motivacional sobre os seus colaboradores acaba por ser determinante para os resultados da sua Gestão.

Concluindo, cabe ao líder escolher, tal como na liderança, uma teoria que se adequa à sua organização para que no futuro consiga manter os níveis de motivação o mais alto possível.

#### **2.1.4 Cliente - O foco central da Gestão Estratégica**

Sendo a Gestão estratégica um processo dinâmico e analítico deve ter sempre em linha de conta todos os seus *stakeholders*.

O foco final de qualquer organização incide nos resultados obtidos, impõe que sejam criadas condições adequadas à produção dos mesmos, sem nunca perder de vista a sua qualidade. Como tal, será importante perceber qual é a opinião dos clientes sobre qualidade dessa produção, ou seja, desses produtos ou serviços gerados.

Só compreendendo e adaptando os métodos de fidelização dos clientes é que se consegue alcançar um reforço da competitividade em determinada empresa, sendo que a fidelização só acontece quando o cliente está satisfeito.

O conceito de Satisfação pode ser entendido como “o grau de felicidade experienciada pelo mesmo” (Detzel & Desatnick, 1995). Ou então, como “o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expetativas da pessoa” (Kotler, 1998).

Em qualquer uma das definições a Satisfação baseia-se sempre no ponto de vista que determinado indivíduo absorve conjugando-o com as expetativas que ele

mesmo tem sobre determinado serviço ou produto. Como tal, manter os níveis de Satisfação do cliente a um nível elevado, é um processo fundamental que deve ser contínuo e regularmente avaliado, pois sem isto acontecer podem cometer-se erros fatais para a competitividade e sucesso estratégico.

## 2.2. Estudos anteriores e principais conclusões

Esta seção esquematiza através dos quadros seguintes um conjunto de contribuintes relevantes de diversos autores, no âmbito da temática do estudo, para melhor fundamentação teórico-prática deste trabalho.

### Quadro 6

#### Estudo sobre Estratégia I

Estudo sobre Estratégia I	
<b>Autor</b>	Porter, M.
<b>Ano</b>	1996
<b>Título</b>	<i>What is Strategy?</i>
<b>Objetivos</b>	Identificar a diferença entre Estratégia e Técnicas de Eficiência Operacional.
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A Eficiência operacional não é Estratégia – Gradualmente os Gestores têm direcionado as suas ações para a homogeneidade e para o imediato entre as empresas e ao mesmo tempo, têm deixado pouca margem à heterogeneidade e ao investimento a longo prazo.</li><li>- A estratégia depende das atividades únicas – a essência da estratégia está nas atividades podendo haver três tipos de posicionamento face às atividades: posicionamento baseado na variedade, posicionamento baseado na necessidade e posicionamento baseado no acesso. Sem estes posicionamentos não haveria necessidade de Estratégia.</li><li>- Uma posição estratégica requer <i>Trade-offs</i>, isto é, cria a necessidade de escolha, protegendo a empresa contra imitadores. Normalmente surgem por três motivos:<ul style="list-style-type: none"><li>- Das próprias atividades;</li><li>- Inconsistências na imagem e reputação;</li><li>- Limitação na coordenação interna e no controlo;</li><li>- Vantagem competitiva e sustentabilidade – A eficiência operacional visa atingir a excelência nas actividades ou funções, a estratégia visa combinar actividades.</li></ul></li></ul> <p>No fundo, a Estratégia trata-se de englobar o conjunto das actividades de uma empresa, fazendo-as bem integradas; sem adaptação não há estratégia distinta nem sustentabilidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 7

Estudo sobre Estratégia II

Estudo sobre Estratégia II	
<b>Autor</b>	Ulrich, D., Smallwood, N.
<b>Ano</b>	2004
<b>Título</b>	<b>Capitalizar as Capacidades</b>
<b>Objetivos</b>	Identificar as prioridades e as capacidades que uma empresa deve promover para se valorizar e ser sustentável.
<b>Conclusões</b>	<p>A estruturação e as formas de gestão numa empresa são importantes, mas mais que isso são as suas capacidades para responder às necessidades dos consumidores. É através da definição de identidade que se traça um caminho único com características próprias e difíceis de superar. Uma forma de melhorar a gestão é através de auditorias baseadas nas capacidades organizativas de cada empresa, ou seja, avaliar estas capacidades consoante a estratégia definida vai fazer com que exista uma avaliação de todo o caminho traçado pela mesma.</p> <p><u>Capacidade Organizativa para exercer uma auditoria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Talento; Rapidez; Partilha de Conhecimento; Coerência; Compromisso; Colaboração; Aprendizagem; Liderança; Ligação com o cliente; Inovação; União estratégica; Eficiência.</li></ul> <p>Para que uma auditoria seja bem aplicada é importante ter em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Concentração; Reconhecimento da Interdependência das capacidades; Aprendizagem contínua com os melhores; Rigor; Comparação das Capacidades Organizativas; Envolvência dos acionistas; Conjugar Capacidade com Execução; Atingir primeiramente o que precisa de ser reparado;</li></ul> <p>A avaliação das Capacidades Organizativas de uma dada organização depende essencialmente da forma como são analisadas. Só com a análise correta, através da aplicabilidade dos parâmetros apresentados, se consegue perceber como promover a boa sustentabilidade organizativa.</p> <p>No fundo, as auditorias promovem a rentabilização e por conseguinte o sucesso.</p>

Fonte: Elaboração própria



**Quadro 8**

**Estudo sobre Estratégia III**

<b>Estudo sobre Estratégia III</b>	
<b>Autor</b>	Otero, H., Ondategui-Parra, S., Nathanson, E., Erturk, S., Rós, P.
<b>Ano</b>	2006
<b>Título</b>	<b>Utilização da Gestão em Radiologia: Conceitos básicos e Aplicações</b>
<b>Objetivos</b>	Mostrar a importância na aplicação da Gestão na área da Imagiologia.
<b>Conclusões</b>	<p>Com as atuais limitações dos recursos de saúde e ênfase na relação custo-benefício da utilização dos recursos, o seu valor deve ser constantemente avaliado. Para este efeito, a gestão fornece uma série de métodos para avaliar a adequação dos recursos em saúde, onde o seu objetivo final é alcançar os melhores resultados utilizando os recursos mais apropriados.</p> <p>A execução destes procedimentos promove a tomada de decisões custo-benefício clínico, onde o uso inadequado se apresenta como um problema importante em qualquer área nos cuidados de saúde onde se inclui a Imagiologia.</p> <p>A questão fundamental é a de apresentar um método como uma nova abordagem de melhoria podendo trazer benefícios para todas as partes, acrescentando a eficiência do processo de prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Assim, a utilização da Gestão representa uma oportunidade importante para os profissionais da Imagiologia se envolverem no processo de tomada de decisão, que regulamenta a utilização dos seus serviços e fornece um <i>feedback</i> rápido para outras especialidades, que dependem de imagem, como um complemento à sua prática clínica.</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR I

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR I	
<b>Autor</b>	Perestrelo, M., Moura, D., Amor, T.
<b>Ano</b>	2000
<b>Título</b>	<b>Análise da Estratégia de atores na Zona Oeste – Interações, conflitos e consensos</b>
<b>Objetivos</b>	O objetivo essencial da pesquisa é a análise da estratégia de atores intervenientes na Zona Oeste, de forma a apoiar a definição de estratégias de ação que considerem os objetivos definidos e os meios de atuação dos diferentes atores com influência na zona de estudo.
<b>Metodologias</b>	Tendo como objetivo fundamental da Estratégia de Atores que é a identificação dos desafios estratégicos e objetivos que lhes estão associados, assim como das alianças e conflitos entre os diferentes atores do sistema estudado, com vista à elaboração de recomendações estratégicas, a metodologia aplicada baseia-se no Método da Estratégia de Atores incorporando elementos de diferentes metodologias: a Análise de Conteúdo, o Método MACTOR (Método ACTores, Objectivos; Relações de força) e a análise de “clusters”. Existe também uma breve síntese do método MACTOR, incorporando outras metodologias: Análise de Conteúdo e Análise de “Clusters”.
<b>Conclusões</b>	No seu conjunto a Região Oeste apresentou-se como um sistema de atores em situação instável traduzida por uma interdependência entre os atores, mas onde nenhum assumia, no entanto, uma clara hegemonia. As recomendações que decorreram da análise da estratégia de atores para a região Oeste estruturam-se em torno de dois eixos. Por um lado, a concretização de um Plano da Região, que congregasse, de forma mais estruturada, os vários atores locais e aproveite os mais polarizadores das energias disponíveis na sub-região e, por outro lado, a necessidade de políticas públicas mais interventivas ao nível da criação de infra-estruturas de suporte às actividades económicas e à qualificação da mão-de-obra.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 10

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR II

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR II	
<b>Autor</b>	Baptista, P., Melo, R., Klein, M., Almeida, F., Ribeiro, R.
<b>Ano</b>	2006
<b>Título</b>	<b>As implicações estratégicas, do jogo de atores, para a indústria de energia: uma aplicação da teoria dos <i>Stakeholders</i> e da análise prospetiva.</b>
<b>Objetivos</b>	Identificar os desafios estratégicos, e objetivos a estes associados, a serem enfrentados pela Companhia Energética do Ceará (COELCE), que servirão de base para um melhor atendimento dos interesses das diversas partes interessadas na organização e para a formulação de estratégias.
<b>Metodologias</b>	<p>O marco referencial de análise é a Teoria dos <i>Stakeholders</i>, que tem como implicação a necessidade de que as organizações adotem múltiplos objetivos na condução dos seus negócios.</p> <p>A estratégia metodológica utilizada é o estudo de caso, que adota como método em ciências sociais a pesquisa de campo, de natureza quantitativa - descritiva, baseada na aplicação de questionário.</p> <p>A pesquisa de campo é orientada pelo método MACTOR (Godet 1993).</p>
<b>Conclusões</b>	Os resultados contemplam os desafios estratégicos da organização e seus objetivos associados, com análise de suas implicações estratégicas. Existe assim um favorecimento à conceção e a implementação mais eficaz de uma estratégia política da organização que, numa visão prospetiva, antecipa conflitos e proporciona soluções negociadas capazes de melhorar o relacionamento da empresa com os principais atores de seu ambiente de tarefa.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 11

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR III

Estudo utilizando a ferramenta MACTOR III	
<b>Autor</b>	Alvarenga, A.
<b>Ano</b>	2001
<b>Título</b>	<b>Aplicação do Método MACTOR ao Processo de integração na Europa – “NICE” e a Reforma Institucional.</b>
<b>Objetivos</b>	Fornecer através do Método MACTOR a um dos atores uma ajuda à decisão para o estabelecimento da sua política de alianças num determinado sistema. Ou seja, neste estudo pretende-se além de beneficiar da análise dos atores, terá em comum com uma das formulações de Nice a questão estratégica do alargamento através de duas formulações de problema: uma primeira que foca apenas as questões diretamente relacionadas com a reforma das instituições e do processo de decisão comunitário; e uma outra que inclui, para além das questões da reforma institucional em si, o posicionamento dos atores perante a perspetiva do alargamento da UE a novos EMs.
<b>Metodologias</b>	A aplicação do Método MACTOR passa por várias etapas: <ul style="list-style-type: none"><li>- Os Atores:<ul style="list-style-type: none"><li>- A Seleção dos atores</li><li>- A Tipificação</li></ul></li><li>- Questões estratégicas e Objetivos associados;</li><li>- As relações de poder (influência/dependência) entre os Atores:<ul style="list-style-type: none"><li>- As Influências diretas</li><li>- As Influências diretas e indiretas</li><li>- O plano de influência/dependência</li><li>- Relações de influência/dependência entre Atores: outras Matrizes e Indicadores</li></ul></li><li>- Estudo do posicionamento dos atores perante os objetivos:<ul style="list-style-type: none"><li>- As posições simples</li><li>- As posições valorizadas</li><li>- As posições valorizadas e ponderadas</li></ul></li></ul>
<b>Conclusões</b>	A análise da estratégia de atores codificada através do MACTOR é fornecer a um dos atores uma ajuda à decisão para o estabelecimento da sua política de alianças num determinado sistema. Digamos que, no caso do sistema Nice analisado, poderia ser utilizado por um dos atores para uma melhor perceção das alianças a estabelecer e das eventuais cedências a fazer em certas questões subsidiárias para a concretização dos seus objetivos prioritários. No fundo, o MACTOR permite uma mais completa caracterização da dinâmica envolvente do ator que, conseqüentemente, ficará mais preparado para flexibilizar as suas estratégias e manter-se reativo às mudanças.

Fonte: Elaboração própria

## **2.3. Caraterização da organização em estudo**

### **2.3.1. O Consórcio Espírito Santo Saúde e o Hospital da Luz**

Este grupo de prestação de cuidados de saúde de rede a nível nacional insere-se no Sistema Nacional de Saúde e é financiado por uma instituição bancária privada (Banco Espírito Santo - BES), servindo de alternativa aos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

A Espírito Santo Saúde (ESS) tem-se posicionado muito bem na prestação de cuidados de saúde, disseminando atualmente 15 unidades de saúde, de entre as quais se destaca, o Hospital da Luz. Com início de construção em Novembro de 2003 e conclusão em Março de 2005, foi oficialmente inaugurado em 18 de Março de 2007.

Este Hospital compreende uma área bruta de 72.121m<sup>2</sup> distribuída por cinco pisos acima do solo e quatro pisos abaixo do solo, possui atendimento médico permanente de 24 horas, 365 dias por ano com o apoio das especialidades de medicina geral e familiar, pediatria, ginecologia, obstetrícia, anestesiologia e imagiologia.

O compromisso de diagnóstico materializa-se na disponibilização de todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas: centro de oncologia, de doenças cardiovasculares, do aparelho digestivo, de neurociências, de medicina e traumatologia desportiva e obesidade, da Criança, da Mulher, de Oncologia de Cuidados Paliativos e de Imagiologia.

A missão das unidades Espírito Santo Saúde traduz-se no diagnóstico e tratamento de forma rápida e eficaz no respeito absoluto pela individualidade do doente e pela construção de uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais.

### **2.3.2. O Centro de Imagiologia do Hospital da Luz**

O Centro de Imagiologia (CI) é constituído, em termos físicos, por salas de exames e respetivas salas de comandos (duas salas de Radiologia Convencional e uma de Ortopantomografia, duas salas de Tomografia Computorizada, duas Salas de Ressonância Magnética, três salas de Ultrassonografia, uma sala de Mamografia e uma sala de Intervenção Mamária), diversas salas de apoio, duas receções, duas salas de espera e uma sala de *call center*.

No que toca aos recursos humanos existem quatro categorias de profissionais:

- Médicos (Neuroradiologistas e Radiologistas);
- Técnicos de Imagiologia;
- Assistentes de Imagiologia;
- Administrativos (*front office e back office*);

O centro de Imagiologia funciona em regime de urgência, todos os dias, durante as 24 horas e em regime de Central (com exames marcados para estudos específicos) durante os dias úteis de semana, 14 horas por dia.

No âmbito clínico praticam-se exames complementares de diagnóstico em diversas valências:

- No caso da Radiologia geral realiza-se exames de Corpo, Neuroradiologia e Osteoarticular, bem como exames onde seja necessário alguma intervenção mais invasiva, como é o caso de Artrografia da Coxofemoral e do Ombro, ou os exames especiais;

- No âmbito da Ecografia realizam-se os exames de diagnóstico a todas as estruturas corporais bem como biopsias e intervenções terapêuticas mais invasivas;

- No domínio da Mamografia realizam-se os exames de diagnóstico bem como biopsias e intervenções mais invasivas;

- Na Tomografia Computorizada são realizados os exames de diagnóstico corporal com a utilização (ou não) de contraste iodado endovenoso e oral, bem como algumas biopsias de cariz mais complexo e específico;

- A Ressonância Magnética é a valência que se encontra em expansão, pois apesar dos exames de diagnóstico corporal habituais (com a utilização ou não de um meio de contraste paramagnético), encontram-se em desenvolvimento outras vertentes como é o caso dos exames funcionais do Sistema Nervoso e Cardíaco.

Os equipamentos encontram-se ligados em rede informática departamental que, por sua vez, se encontram ligados a uma rede interdepartamental e hospitalar.

É de referir que existem três sistemas base: o Sistema de Informação da Radiologia (RIS – *Syngo Imaging / Syngo Workflow*), o Sistema de Armazenamento e de Comunicação de Imagens (PACS) e o Sistema Informático Hospitalar (HIS / *Soarian*).

Estes três sistemas comunicam entre si através de três linguagens diferentes dependendo do setor para o qual sejam solicitados:

- TCP/IP (protocolo de comunicação em rede) que serve de base a toda comunicação em rede para todo o hospital;

- DICOM (protocolo de comunicação para imagem médica) que serve de base de comunicação na Imagiologia;

- HL7 (protocolo de comunicação do setor Saúde) que serve de base de comunicação entre as outras especialidades médicas.

Para comunicações interdepartamentais e intradepartamentais são utilizados *openlinks* (interfaces de rede comunicacional) que permitem transformar a informação de uma linguagem para outra linguagem.

Será importante desde já salientar que o centro de diagnóstico se encontra inserido num contexto de ligação permanente com as Escolas Superiores e com as Universidades, permitindo a utilização e rentabilização dos materiais, equipamentos e profissionais no âmbito de atividades de Investigação e portanto de produção de Conhecimento.

## **2.4. Caraterização dos atores-alvo**

Tendo em consideração o quadro metodológico que se pretende utilizar, devemos caraterizar os atores que são alvo do estudo.

Para esta caraterização devemos ter presente que o estudo é realizado num departamento de meios complementares de diagnóstico de um Hospital privado, que pertence ao Sistema Nacional de Saúde, contemplando quatro tipos de atores integrantes desse mesmo ambiente: os clientes, os coordenadores do centro de imagiologia, os técnicos de imagiologia e os médicos de imagiologia.

### **2.4.1. Clientes**

Os clientes no Centro de Imagiologia são o centro de todo o desenvolvimento profissional. Preenchem todas as fchas etárias, desde a nascença até à idade adulta, podendo apresentar todo o tipo de condicionantes patológicas. Representando os diferentes estratos sociais, há no entanto um peso maior da classe média, classe média alta e classe alta.

O hospital tem acordos com uma grande diversidade de seguradoras e subsistemas de Saúde, o que faz com que o público-alvo (clientes) seja muito diverso.

Uma pessoa que pertença a um determinado subsistema, tem exatamente os mesmos privilégios, direitos, garantias e prestação de cuidados que uma pessoa que não tenha subsistema e pretenda realizar o exame como particular. Ou seja, apesar de existirem vários tipos de subsistemas qualquer pessoa tem acesso a qualquer exame, deste que possua uma prescrição médica. Em suma, todos os clientes têm a mesma oportunidade e o mesmo acesso aos cuidados de saúde.

O Centro de Imagiologia, estando integrado no hospital, também dá apoio aos seus diferentes departamentos, podendo receber clientes desde as urgências até ao internamento.

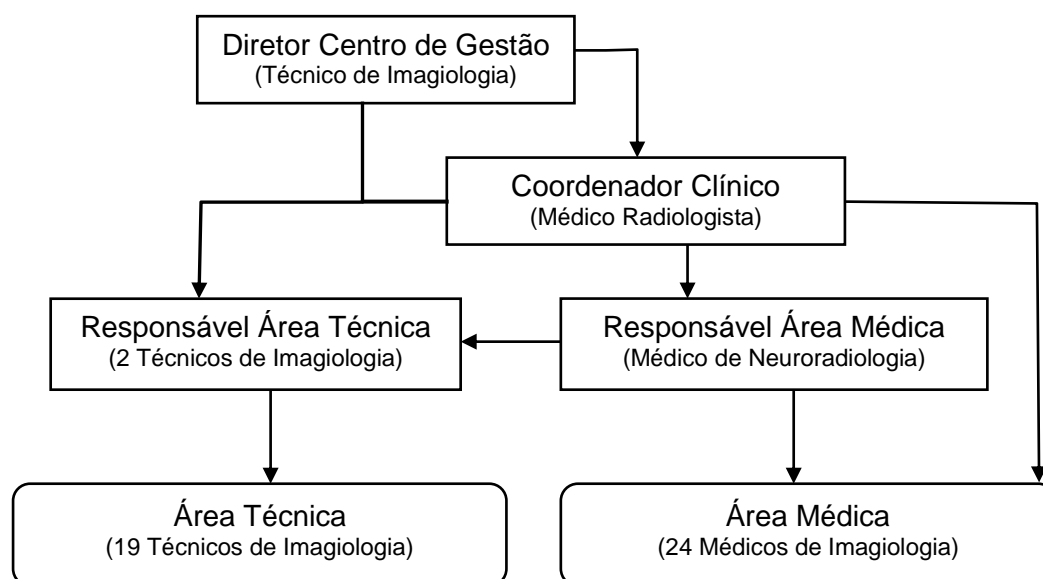
#### 2.4.2. Coordenadores do Centro de Imagiologia

Na área de coordenação encontram-se profissionais de Saúde com licenciatura em Medicina e especialidade em Radiologia/Neuroradiologia ou licenciatura em Radiologia.

Estes profissionais para além de serem coordenadores do departamento, exercem também no seu quotidiano funções clínicas e técnicas para as quais estudaram (exceto o Director do Departamento que exerce apenas funções de gerência), estando integrados nas equipas de trabalho operacional.

A estrutura organizacional do Centro de Imagiologia é composta pelo Director de Centro de Gestão (DCG), que é o gestor de topo do centro de imagiologia e trata de questões e assuntos financeiros, económicos e estratégicos; o Coordenador Clínico do centro, que exerce funções de supervisão clínica e reporta informações ao DCG. Existem ainda dois responsáveis pela área técnica e um responsável pela área médica, que se ocupam da parte operacional e de avaliação ao nível dos processos, dos recursos humanos e dos recursos tecnológicos. No total, a equipa de coordenação é constituída por cinco elementos.

A figura seguinte mostra a estrutura hierarquia do Centro de Imagiologia.



**Figura 2. Representação da estrutura hierárquica do Centro de Imagiologia**

Fonte: Elaboração próprio



### **2.4.3. Técnicos de Imagiologia**

São profissionais de Saúde que exercem funções técnicas superiores na área da Radiologia, interagem diretamente com os Clientes e com os Médicos e recebem diretivas do Centro de Coordenação do serviço (de toda a equipa de coordenação).

As suas competências no Hospital não se cingem apenas ao Serviço de Radiologia (Ressonância Magnética, Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada etc...) mas também exercem funções noutros serviços, nomeadamente no Bloco Operatório ou na Hemodinâmica (Radiologia de Intervenção). É uma equipa constituída por 19 Técnicos de Imagiologia com formação de licenciatura e pós graduada (por exemplo, mestrado) em diversas áreas.

### **2.4.4. Médicos de Imagiologia**

São profissionais da Saúde que exercem funções clínicas na área da Imagiologia (Radiologia e da Neuroradiologia), possuem licenciatura em Medicina e especialidade consoante a área que escolheram, sendo a equipa constituída por 24 Médicos no total, sendo que dois deles se encontram a realizar Doutoramento.

Interagem diretamente com os Técnicos de Imagiologia e com os clientes, e exercem funções não só no serviço base, mas também no serviço de Radiologia de Intervenção. A principal função deste grupo é orientar e acompanhar os exames e realizar os relatórios clínicos que validam os exames executados pelos técnicos.

## **2.5. Síntese do capítulo**

Este capítulo ocupou-se essencialmente da apresentação dos conceitos que servirão de pilares teóricos para sustentação do estudo.

No que concerne aos conceitos apresentou-se inicialmente o conceito universal de Saúde bem como a sua contextualização para Portugal. Nesse sentido, seguiu-se a trajetória evolutiva da Saúde em Portugal no último século para uma melhor caracterização.

Em seguida, abordou-se o conceito de Gestão e a sua integração no contexto das organizações de Saúde portuguesas, numa perspetiva evolutiva, incluindo a vertente estratégica da gestão.

Abordaram-se ainda, de forma sucinta, o conceito de Liderança através da linha de pensamento inerente a estudos efetuados pelas Universidades de Iowa e do Michigan, e também o conceito de Motivação através de várias teorias, nomeadamente, as Teorias Baseadas nas Necessidades, as Teorias Cognitivas e a Teoria do Reforço.

Após a caracterização dos conceitos básicos, o estudo centrou-se na necessidade de ter o cliente como âncora do processo de gestão e na sua satisfação para garantir uma qualidade contínua.

Foram ainda identificados alguns estudos científicos realizados nos temas da Estratégia e do processo MACTOR, que serviram de âncoras para uma fundamentação mais sustentada do processo metodológico.

Por fim, caracterizou-se o espaço físico que é objeto de estudo (Centro de Imagiologia do Hospital da Luz) e os intervenientes no mesmo (Coordenadores, Técnicos de Imagiologia e Médicos de Imagiologia, para além dos Clientes).

## **Capítulo 3: PROCESSO METODOLÓGICO**

### **3. PROCESSO METODOLOGICO**

#### **3.1. Objetivos do estudo e hipóteses de investigação**

Apesar dos objetivos e as hipóteses se encontrem já expressas, não faz sentido começar o processo metodológico sem que estes sejam novamente abordados.

Como tal, os objetivos gerais deste trabalho são:

- Identificar quais são as políticas de gestão no Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.
- Identificar como tem sido acompanhada a evolução da Imagiologia pelo Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.
- Perspetivar que tipo de orientação de futuro pode este Centro de Imagiologia definir.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Identificar qual a teoria de Liderança aplicada.
- Identificar que a teoria de Motivação aplicada.
- Identificar qual é a política de Formação.
- Caracterizar a política de atualização e evolução do Equipamento.
- Identificar qual o nível de Satisfação dos clientes relativamente aos serviços prestados na Imagiologia.
- Perceber que relação existe entre o Centro de Imagiologia e as Instituições de Ensino Superior relativamente à Investigação Científica.
- Perceber e perspetivar o papel estratégico do Centro de Imagiologia.

Para responder à questão central desta investigação e atingir os objetivos para ela fixados as hipóteses de partida são:

H1 - A Liderança exercida no Centro de Imagiologia caracteriza-se como moderna e segundo o estilo democrático.

H2 - A Motivação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada na Teoria do Reforço.

H3 - A Formação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada num plano adaptado aos colaboradores e ao fluxo de trabalho.

H4 - O Centro de Imagiologia acompanha e aplica nos seus Equipamentos as principais mudanças do setor.

H5 - A relação existente entre as Instituições do Ensino Superior e o Centro de Imagiologia proporcionam um bom ambiente que propicia a prática de Investigação na área da Imagiologia.

H6 - O posicionamento estratégico do Centro de Imagiologia caracteriza-se pelo fato, deste departamento ser central para o diagnóstico médico.

### **3.2. População, amostra e critérios e estudo de caso**

A definição de população ou universo de estudo aparece como sendo “um conjunto de elementos que possuem determinadas características” (Gil, 2007) ou, “a população caracteriza-se pela totalidade dos elementos ou unidades constitutivas do conjunto considerado” (Campenhout & Quivy, 1998).

Assim, aplicando a definição à prática, será necessário delinear bem os limites dos elementos dessa população tendo em consideração uma característica base que a diferenciará de outros elementos.

A característica principal no âmbito deste estudo será o fato de que o que irá ser estudado, serão as pessoas que influenciam e são influenciados diretamente os próprios serviços e processos de funcionamento e de gestão do local que servirá de base para o estudo neste caso, o Hospital da Luz.

Não havendo a possibilidade de haver um estudo de todas as pessoas e processos, recorre-se às técnicas de amostragem, a amostra é tida como “um subconjunto da população por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo” (Gil, 2007).

Assim, neste caso, a amostra selecionada terá como principal característica a especificação de processos de funcionamento e de gestão (corrente e estratégica) direcionada a um dos departamentos desse mesmo hospital, Centro de Imagiologia.

Resumindo, da população em questão farão parte todas as pessoas que influenciam ou são influenciadas pelos processos de gestão do Hospital da Luz, sendo que a amostra do mesmo se caracteriza pelas pessoas (profissionais e clientes) que influenciam e são influenciados nos processos de Imagiologia e que satisfazem ainda os critérios apresentados (Quadro 12).

Esta amostra caracteriza-se, assim, como sendo Intencional por conveniência pois resulta de uma intenção explícita do autor em explorar o objeto de estudo na

própria unidade de onde trabalha: departamento de Imagiologia do Hospital da Luz, e com isso dar o seu contributo para o processo contínuo de melhoria da qualidade.

Será também importante referir que, concomitantemente, a unidade de Imagiologia do Hospital da Luz é assumida como um caso de estudo que é explorado de acordo com o processo característico designado método de Estudo de caso: recurso à observação direta, técnicas de entrevista e questionário e análises documental (técnica de triangulação de dados para validação de resultados desenvolvendo o raciocínio a partir do terreno, de forma indutiva mais descritiva que demonstrativa, revelando dificuldades de generalização).

O único tipo e generalização que podemos fazer através da aplicação do método de estudo de caso é a designada “generalização analítica” que consiste na confrontação dos resultados com teorias desenvolvidas na abordagem teóricas ou com os resultados de outros estudos empíricos já realizados. (Yin, 2003)

#### **Quadro 12**

##### ***Critérios de seleção da Amostra***

---

#### **Objeto de Estudo - Clientes**

---

Os clientes envolvidos terão de ser maiores de idade.

Deverão ter processo clínico no centro de Imagiologia do Hospital da Luz aberto há pelo menos um ano, tendo como data de referência a data de início da recolha de dados dos questionários.

Terão de ter pelo menos duas datas de realização de exames diferentes, sem nenhum intervalo previsto.

---

#### **Objeto de Estudo - Profissionais**

---

Terão de ser influenciados pela Coordenação da Imagiologia.

Terão de trabalhar e perceber o funcionamento do departamento há pelo menos um ano.

Terão de ser detentores de curso superior, na área da Radiologia.

Terão de ser detentores de curso superior, na área de Medicina com especialidade em Radiologia ou Neuroradiologia.

---

Fonte: Elaboração própria

### **3.2. Desenho e método de estudo**

Existem dois grandes grupos de desenhos de estudo: o experimental e o observacional.

O *design* Observacional, que foi o selecionado para este trabalho, é normalmente apontado como “o método mais impreciso e primitivo (...) Mas, por outro lado, pode ser de precisão nas ciências sociais (...) pode afirmar-se com muita segurança que qualquer investigação em ciências sociais deve valer-se, em mais de que um momento, de procedimentos observacionais” (Gil, 2007).

Assim, o propósito do *design* escolhido passa por perceber a situação atual, na vertente da gestão corrente e estratégica, na área de Imagiologia do Hospital da Luz, para assim se poder perspetivar algumas tendências para o futuro. Assim, este Design caracteriza-se como sendo Prospetivo (possibilita uma análise prospetiva) e Longitudinal (pois, há várias recolhas de dados ao longo do tempo de estudo fornecendo mais segurança para a análise seguinte).

Relativamente ao método científico a utilizar, optou-se pelo Método Estudo de Caso

O estudo de caso é um estudo empírico de pesquisa que se caracteriza pelo recurso a observação direta a técnicas de inquérito por questionário e/ou entrevista e análise documental, desenvolvendo o raciocínio a partir do termo de forma indutiva, mais descritiva que demonstrativa, revelando, no entanto dificuldades de generalização para o universo. O único tipo de generalização que é possível fazer é a “generalização analítica” já descrita anteriormente. Este método permite uma pesquisa qualitativa investigando o fenómeno atual no seu contexto real, recorrendo a várias fontes de evidência (Yin, 2003). É cada vez mais aceite em teses de mestrado e de doutoramento, constituindo mesma numa estratégia privilegiada de investigação principalmente nos trabalhos de diagnóstico e análise organizacional. (Reto & Nunes, 1999). Como tal, e concluindo deve considerar-se como um método muito aplicado, em concreto, em estudo que pretendam analisar e comparar perspetivas e ações estratégicas, estruturas organizacionais, estilos de gestão e respetivas alterações relevantes num contexto específico, sendo neste caso o Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.

Em termos de análise prospetiva será utilizado o método MACTOR. Este método permite analisar as estratégias dos atores, sendo “objeto de uma discussão coletiva em que são comunicadas todas as informações reunidas sobre cada ator e as suas relações com os outros” (Godet, 1993).

O desenho global da investigação é esquematizado de seguida (Figura 3).

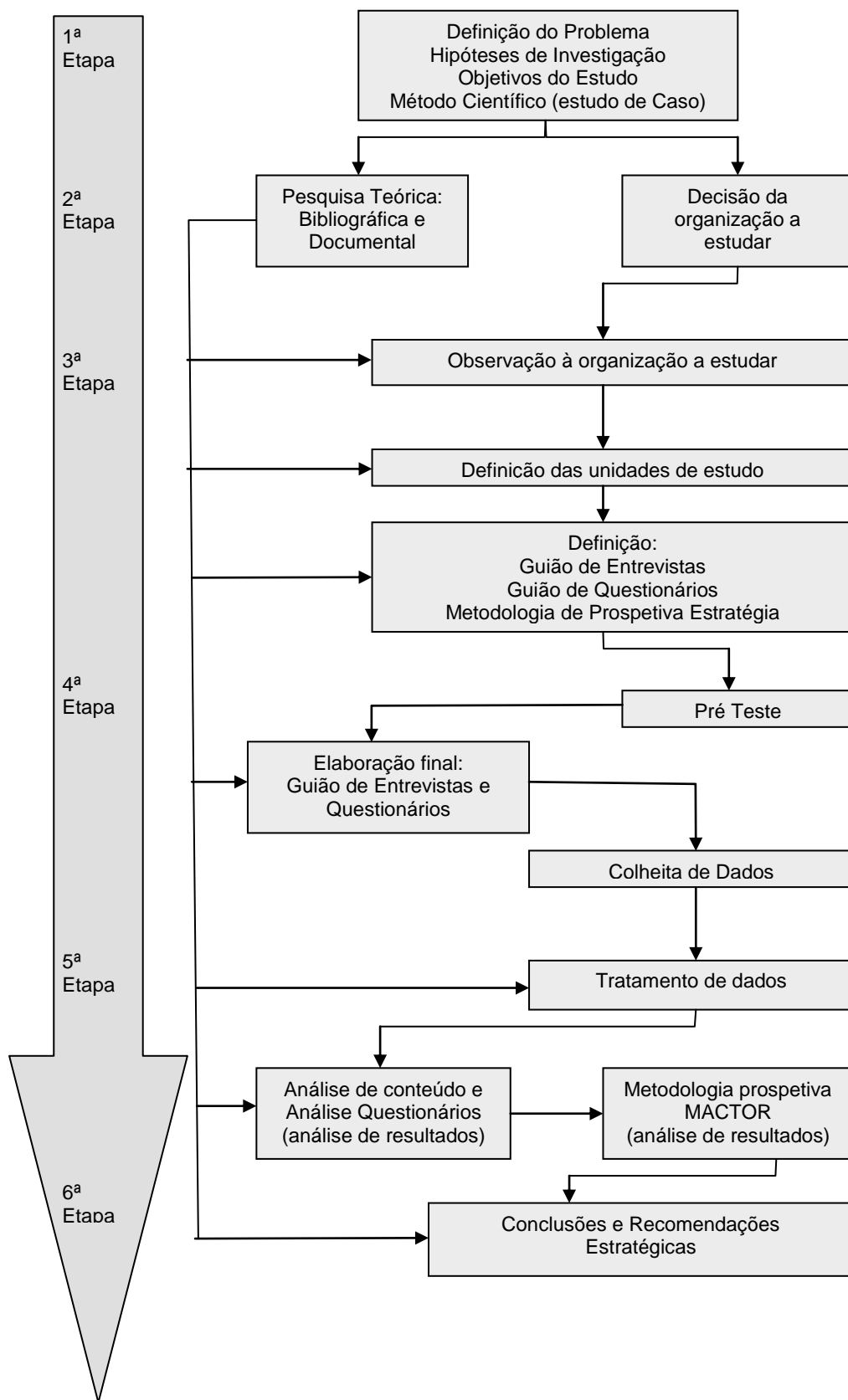


Figura 3. Desenho da Investigação

Fonte: Elaboração própria



### **3.4. Técnicas de recolha e de tratamento de dados**

A utilização das técnicas de recolha e tratamento de dados foi decidida aquando da primeira etapa do estudo de investigação – formulação do problema e objectivos de trabalho.

Optou-se assim pela utilização de várias técnicas, de forma faseada, para se obter o máximo de informação possível com o rigor exigido.

As técnicas de estudo estão apresentadas de seguida (Tabela 13):

**Quadro 13**

*Técnicas de recolha e tratamento de dados*

<b>Técnicas de recolha e tratamento de dados</b>	
<b>2ª Etapa do estudo</b>	Análise Bibliográfica Análise Documental
<b>3ª e 4ª Etapas do estudo</b>	Observação Entrevista Questionário
<b>5ª Etapa do estudo</b>	Análise de Conteúdo e análise Prospetiva

Fonte: elaboração própria

#### **3.4.1. Análise Bibliográfica e Documental**

“A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (Gil, 2007).

A utilização desta técnica permite fixar as âncoras conceituais do trabalho, abrindo ao mesmo tempo novos horizontes teórico. Em suma com a pesquisa bibliográfica traça-se “o estado de arte” da temática em estudo.

Relativamente à análise documental “a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, onde a única diferença está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza frequentemente as contribuições de diversos autores, a pesquisa documental vale-se de materiais que não tiveram ainda um tratamento analítico, ou que ainda poderão ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (Gil, 2007), como é o caso de documentos oficiais e relatórios de pesquisa/empresa que, apesar de terem sido realizados, podem ainda sofrer um tratamento posterior.

É de referir que, apesar de ter sido com uma maior incidência no início do estudo, ambas as técnicas foram sendo utilizadas ao longo do percurso de investigação.

### **3.4.2. Observação**

No caso da observação é preciso delinear adequadamente uma abordagem para a mesma, visto ser uma técnica com alguma complexidade. Entende-se a observação como uma técnica de procedimento científico para a colheita de dados, apresentando uma enorme vantagem em relação a outras técnicas, pois os dados são percebidos diretamente sem qualquer intermediário, o que pode muitas vezes levar ao melhor entendimento de determinado comportamento. (Gil, 2007)

Ainda assim, existe um inconveniente, pois a própria presença pode suscitar a alteração de um determinado comportamento, havendo assim a possibilidade do resultado final da pesquisa poder ser influenciado.

Para este trabalho, optou-se pela técnica de Observação Participante Natural, ou seja, pela interação real do investigador com a comunidade ou com o objeto de estudo sofrendo exatamente a mesma influência dos processos que se pretendem estudar, ou seja o quotidiano do departamento.

Esta técnica caracteriza-se pela necessidade de um reforço de objetividade, por parte do pesquisador visto que, este, ao estar como ser participante da investigação pode ser influenciada diretamente por todos os processos. Para que os processos não sejam diretamente influenciados pelos restantes elementos da comunidade o pesquisador deve permanecer no anonimato (Marconi & Lakatos, 1991).

### **3.4.3. Entrevista**

De forma complementar os dados oriundos da análise bibliográfica, documental e observação aplicou-se também a técnica de Entrevista.

“A entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas crêem, sabem e sentem, bem como das suas explicações para coisas precedentes” (Gil, 2007).

Tendo em consideração as suas vantagens e desvantagens e visto existirem vários tipos de entrevistas, foi necessário limitar e escolher de entre as várias hipóteses a melhor para este tipo de trabalho, tendo a escolha recaiu sobre a Entrevista por Pautas.

Este tipo de entrevista caracteriza-se por ter um certo grau de estruturação, que implica identificar quais são os pontos que devem ser abordados livremente por parte do entrevistado, e quais os que o entrevistador deve muito subtilmente questionar se são determinantes ou não, sem comprometer a espontaneidade do processo, na visão do entrevistado. Esta estruturação implica um maior controlo na condução da entrevista (Gil, 2007).

Esta técnica foi utilizada para três dos quatro atores da Investigação – para os coordenadores, para os técnicos e para os médicos da Imagiologia.

A exploração das entrevistas é feita com o recurso à técnica de análise de conteúdo.

#### **3.4.4. Análise de Conteúdo**

Podemos definir esta técnica como sendo uma “técnica de investigação que não deve ser utilizada apenas para proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de receção), com a ajuda de indicadores (quantitativos ou não)”, ou seja, esta técnica deve ser considerada como uma articulação entre o texto descrito e analisado com os fatores que determinaram essas características deduzidas logicamente (Carmo & Ferreira, 2008).

As entrevistas para serem bem analisadas e codificadas através desta técnica, têm que ser direcionadas para diversas categorias e unidades de análises, pois, com a exploração destas categorias e unidades de análise, respeitando os princípios de Fidelidade e de Validade consegue-se produzir e transformar a informação obtida em informação decifrável.

Posto isto, definimos para este trabalho as diferentes etapas da aplicação desta técnica (Carmo & Ferreira, 2008):

- Tipo de análise de conteúdo;
- Definição de objectivos;
- Definição e constituição de um *corpus*;
- Definição de categorias;
- Definição de unidades de análise;

É com base nesta estrutura de exploração sequencial que se procede à interpretação das entrevistas.

#### **3.4.4.1 Tipo de análise de conteúdo**

Escolher o tipo de análise de conteúdo não é tarefa fácil tendo em conta a quantidade e a complexidade de informação que se obtém através de entrevistas.

Considerando o tipo de estudo a efetuar optou-se pela análise de exploração qualitativa e indireta. Esta tipografia de análise tem o intuito de retirar a maior informação possível de forma a tentar compreender quais são as verdadeiras condicionantes descritas nas entrevistas (Carmo & Ferreira, 2008); isto é, as entrevistas ao conterem uma informação base que nos é fornecida pelo emissor, apresentam ainda uma necessidade de interpretação posterior e de procura do que se encontra latente qualitativamente nessa mesma linguagem. A denominada exploração qualitativa indireta procura fazer isso.

#### **3.4.4.2 Definição de Objetivos**

Os objetivos de análise de conteúdo podem ser assim sintetizados:

- Explorar a informação que se encontre mais latente;
- Interpretar as fundamentações e argumentos diferentes;
- Perceber a existência de condicionantes nas diferentes respostas;
- Produzir conclusões claras das entrevistas analisadas;

#### **3.4.4.3 Definição e constituição de um *Corpus***

Para que a análise seja realizada é necessário colocar o foco no que está em análises, em sintonia com os objetivos do trabalho. Reúnem-se todas as transcrições das entrevistas e procede-se depois de uma breve análise prévia, à organização de *corpus* de informação para a análises de conteúdo propriamente dita.

A constituição do *corpus*, neste caso demorou um pouco mais de tempo do que o previsto, em resultado de uma transcrição e de uma análise prévia que se revelaram um pouco mais complexas que o esperado, mas que por imperativo de rigor, era fundamental fazer com qualidade para que os critérios de exaustividade, representatividade, pertinência e homogeneidade pudessem ser cumpridos cabalmente.

#### 3.4.4.4 Definição das Categorias

“As categorias são rubricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado” (Grawitz, 1993 citado em Carmo & Ferreira, 2008). Neste caso a sua definição tenha sido *a posteriori* caracterizando este um procedimento como exploratório.

Para a escolha das categorias mais adequadas com inspiração em Carmo & Ferreira (2008) considerando-se quatro características essenciais:

- Exaustividade;
- Exclusividade;
- Objectividade;
- Pertinência;

As categorias escolhidas para esta análise de conteúdo acabam por consubstanciar a posição funcional dos entrevistados no centro de imagiologia: coordenadores, operacionais técnicos e operacionais clínicos.

#### 3.4.4.5 Definição das Unidades de registo, contexto e enumeração

Segundo Carmo & Ferreira (2008) podemos definir as unidades de análise da seguinte forma (Tabela 14):

Quadro 14

*Definição de unidades de análise*

<b>Definição das unidades de análise</b>	
<b>Unidade de registo</b>	“ (...) É o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder às análises, colocando-o numa dada categoria (...) podendo ser considerada semântica se utilizarmos o tema”.
<b>Unidade de contexto</b>	“ (...) Constitui o segmento mais longo do conteúdo sendo a unidade de registo o segmento mais curto”.
<b>Unidade de enumeração</b>	“É a unidade em função da qual se procede à quantificação”.

Fonte: Elaboração própria, com base em Carmo & Ferreira (2008)

De acordo com as definições caracterizou-se as unidades da seguinte forma (Quadro 15):

**Quadro 15**

***Definição de Unidades de análise II***

<b>Definição das Unidades de análise II</b>	
<b>Unidades de registo semântico</b>	Temas abordados nas entrevistas e pertinentes para os objetivos do estudo.
<b>Unidade de contexto</b>	Citações descritivas relacionados com o tema (semântica).
<b>Unidade de enumeração</b>	Conjunto de siglas de codificação que definem os nºs da entrevista, da categoria, nº da unidade de registo e do parágrafo (por exemplo, e1-c1-ur1-p1);

Fonte: Elaboração própria

### **3.4.5. Questionários**

Esta técnica, neste trabalho, foi utilizada apenas para um dos quatro atores que compõem a investigação: o Cliente. Tem como principal objetivo perceber o ponto de vista do cliente face ao funcionamento do serviço não só a nível de satisfação, mas também para perceber qual a sua opinião específica sobre o papel do Centro de Imagiologia.

Escolheu-se esta técnica especificamente para este grupo de atores pela razão de economizar tempo face ao número elevado de pessoas que se pretendia atingir simultaneamente, querendo ao mesmo tempo respostas mais rápidas e precisas. O questionário aplicado é um questionário misto, ou seja, com perguntas de escolha múltipla e, ao mesmo tempo, de opinião (Marconi & Lakatos, 1991).

A escala escolhida foi a escala de Likert, ou seja, uma escala baseada na utilização de valores (1 a 5), onde neste caso o ator deveria ter em consideração que o algarismo 1 teria o valor de “Muito Fraco”, o 2 o valor de “Fraco”, o 3 o valor de “Sem Opinião”, o 4 o valor de “Bom” e o 5 valor de “Muito Bom”.

A escolha desta escala permite classificar cada questão de forma negativa, neutra ou positiva, sendo que, para qualquer das tomadas de posição, pode ser acrescentado, uma ideia ou opinião escrita para justificar a escolha quantitativa.

Assim, o cliente pode sempre dar alguma opinião/sugestão em consonância com o valor que apresenta para determinado assunto, podendo considerar-se esta área do

questionário, como uma área de perguntas abertas sugerindo emissão de opiniões livres por parte de cada elemento que respondia ao questionário (Marconi & Lakatos, 1991).

O questionário implementado teve como base o Modelo de Questionário da *Warwick Business School – London* (Oliveira, 2002), principalmente pela sua estrutura considerada a mais adequada para o que se pretendia.

Devido ao fato de não ter havido uma aplicação direta de todo o modelo de Questionário foi realizado um pré-teste, “a fim de se obter Fidedignidade, Validade e Operatividade” (Marconi & Lakatos, 1991).

Com o pré-teste pretendia-se efetuar duas validações principais: ao nível da perceção das perguntas individuais e ao nível do entendimento da estrutura do questionário no seu todo. Foi feito a 10 pessoas, tendo havido modificações pontuais resultantes das sugestões dos intervenientes.

A apresentação de dados estatísticos oriundos dos questionários, foi feita através de estatística descritiva ilustrada em gráficos e tabelas. Para tratamento dos dados foi escolhida a Folha de Cálculo Excel, visto que o objetivo era apenas de caracterização da amostra.

#### **3.4.6. Método Prospetivo**

Realizou-se ainda uma análise prospetiva, utilizando o **Método ACTores, Objectivos, Relações de força** (MACTOR).

Conforme afirma Godet (1993) “o futuro nunca é totalmente determinado”, pelo que há que reduzir ao máximo o risco tentando perceber quais poderão ser as contrariedades e vantagens subjacentes.

Para isso o mesmo autor afirma que este método permite realizar uma análise prospetiva dos atores (grupos de pessoas com determinadas características envolvidas num processo de avaliação estratégica), em seis etapas distintas (Quadro 16).

Esta análise de atores mostra-se como sendo uma análise profunda para a definição de posições e suas estratégias de futuro.

A utilização do método MACTOR efetuou-se de forma direta através de *software* específico do mesmo nome. Os resultados obtidos foram ilustrados em cada uma das etapas, através da tabelas, quadros, gráficos e figuras que permitissem retirar ilações e projetar recomendações estratégicas e prospetivas.

**Quadro 16**

**Etapas do método MACTOR**

---

<b>Etapas do método MACTOR</b>	
<b>1ª Etapa</b>	Identificar os projetos e as motivações de cada ator através de um quadro de estratégias;
<b>2ª Etapa</b>	Identificar desafios estratégicos e os objetivos associados;
<b>3ª Etapa</b>	Posicionar cada ator em cada objetivo e identificar as convergências e divergências;
<b>4ª Etapa</b>	Hierarquizar os objetivos e recensear as táticas possíveis;
<b>5ª Etapa</b>	Avaliar relações de força e formular recomendações estratégicas coerentes com as suas prioridades de objetivos e com os meios;
<b>6ª Etapa</b>	Colocar questões estratégicas do futuro, através de hipóteses sobre tendências, acontecimentos, e caracterização da evolução das relações de força.

---

Fonte: Elaboração própria, adaptado Godet (1993)

### **3.5. Técnicas de Validação**

Esta investigação baseia-se numa abordagem qualitativa, onde a objetivação da metodologia qualitativa opera no “(...) reconhecimento da subjectividade e pela objectivação dos efeitos dessa mesma subjectividade” (Van der Maren, 1987, citado por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2010).

Assim, existe um problema de validação relativamente à construção dos dados em que o investigador deve certificar-se que aquilo que deseja observar se adequa ao objetivo do estudo. (Ketele (1988) citado por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2010).

Para isso deve validar-se o estudo, existem alguns parâmetros de validação que podem ser utilizados e que são apresentados nos quadros seguintes.

Serão identificados (Quadro 18) alguns problemas e/ou obstáculos que poderão surgir na construção da relação interativa entre os dados obtidos e os objetivos da investigação (Erickson, 1986, citado por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2010). A tabela faz cruzamento entre os parâmetros de validade e a sua implementação nesta investigação.



Quadro 17

**Tipos de validade**

<b>Tipos de validade</b>	
<b>Parâmetros de validade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validade aparente</li> <li>Validade instrumental</li> <li>Validade teórica</li> </ul>
	<b>Implementação de parâmetros</b>
	<p>Os dados surgem como evidentes.</p> <p>Dois instrumentos produzem resultados semelhantes.</p> <p>A teoria confirma os fatos.</p>

Fonte: Elaboração própria adaptado Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (2010)

Quadro 18

**Manifestações de ausência ou de debilidade da validade**

<b>Manifestações de ausência ou de debilidade da validade</b>	
<b>Parâmetros de validade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantidade insuficiente de provas</li> <li>Diversidade insuficiente de provas</li> <li>Interpretação errónea</li> <li>Insuficiência de análise de casos divergentes ou contraditórios</li> </ul>
	<b>Implementação dos parâmetros</b>
	<p>Conta-se que os elementos dos 4 grupos de atores participantes sejam suficientes para alcançarmos os resultados deste estudo.</p> <p>Acredita-se que a utilização da técnica de Observação ao departamento, da técnica de Entrevistas à coordenação, aos técnicos e aos médicos e ainda da técnica de Questionários a clientes seja suficiente para termos provas diversificadas.</p> <p>Espera-se compreender os significados atribuídos pelos sujeitos observados ao fazer-se uma observação prévia e cruzando, posteriormente, com os dados obtidos nas técnicas seguintes.</p> <p>Através da análise comparativa dos dados esperamos conseguir determinar semelhanças e discrepâncias.</p>

Fonte: Elaboração própria adaptado Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (2010)

Os meios para reforçar a validação do presente estudo são apresentados seguidamente (Quadro 19), e propõe os meios de validação bem como a descrição de como se poderá reforçar essa mesma validação.

**Quadro 19**

**Meios de reforçar a validade de uma investigação**

<b>Meios de reforçar a validade de uma investigação</b>	
<b>Parâmetros de validade</b>	<b>Implementação dos parâmetros</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Interação entre o investigador e o grupo-indivíduos</li><li>• Duração prolongada da estadia no meio</li><li>• Triangulação das técnicas</li><li>• Triangulação das inferências ou conclusões entre investigador e indivíduos observados</li><li>• Triangulação das inferências ou conclusões entre vários investigadores</li><li>• Documentação dos procedimentos</li></ul>	<p>Antes de começar qualquer técnica (à exceção da Observação), os indivíduos são esclarecidos sobre estudo que se está a realizar.</p> <p>Relativamente à Observação ela será feita durante três meses; quanto às restantes técnicas e, apesar da sua aplicação estar sujeita à disponibilidade dos intervenientes, elas deverão rondar um período de dois meses no máximo.</p> <p>Cruzamos os dados provenientes das Entrevistas efectuadas à Coordenação, Médicos e Técnicos, dos Questionários aos Clientes e entre os resultados das Entrevistas.</p> <p>Desejamos triangular, com três grupos dos quatro grupos de actores, os resultados e/ou interpretações obtidas na Observação, para melhor compreensão dos resultados das entrevistas.</p> <p>Ausente neste trabalho.</p> <p>Far-se-ão anotações sistemáticas dos procedimentos das diversas etapas do processo deste estudo.</p>

Fonte: Elaboração própria adaptado Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (2010)

**Capítulo 4:**  
**TRATAMENTO DE DADOS E**  
**APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS: DA**  
**OBSERVAÇÃO, ÀS ENTREVISTAS E AOS**  
**QUESTIONÁRIOS**

## 4. APRESENTAÇÃO DE DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS: DA OBSERVAÇÃO ÀS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS

### 4.1. Observação

A técnica de Observação é utilizada neste trabalho marcando o início da recolha de dados em terreno de estudo.

Neste caso, procedeu-se a uma abordagem com determinadas *guide lines* visto ser uma técnica com alguma complexidade. Isto é, foram traçados determinados objetivos que teriam de ser estudados ao longo dos três meses de observação, com o intuito de perceber o “porquê” e o “como” dos procedimentos.

Esta técnica caracteriza-se pela necessidade de um reforço da objetividade por parte do pesquisador, visto que, ao estar como participante da investigação encontra-se influenciado diretamente por todos os processos e participantes. (Marconi & Lakatos, 1991).

Como tal, e para que a influência sobre o investigador e deste sobre os investigados fosse a menor possível, foram utilizados dois procedimentos importantes:

- Anonimato, ou seja, apenas os responsáveis do serviço e o investigador é que sabiam que estava a decorrer a investigação.
- Cingir a ação apenas nos objetivos que se traçou para esta técnica, procurando perceber quais os processos que poderiam estar a influenciar toda a observação.

O registo de dados por parte do investigador foi feito em caderno de notas, com relatórios semanais, tendo sido tudo compilado no relatório que agora se apresenta, segundo determinados temas para melhor entendimento do mesmo.

Esta técnica foi escolhida por ser muito precisa e abrangente no que toca à obtenção de informação, pois, para além de se pretender atingir os objetivos da investigação, pretende-se perceber também o que acontece de forma camuflada e que influencia o processo. Isso só se consegue apreender quando se está no terreno.

Definiu-se como prioridade primeira os seguintes objetivos da observação:

- Perceber qual tem sido a influência das políticas de gestão no quotidiano;
- Perceber como a qualidade da Tecnologia influencia no quotidiano;
- Perceber e caracterizar o serviço de Imagiologia do Hospital da Luz;

- Perceber qual a disponibilidade para a aplicação de novas diretrizes e metas para o futuro.

A observação sendo uma técnica que permite recolher muita informação, para que seja produtiva e se cinja aos objetivos enunciados, deve seguir alguns critérios (objetivos mais específicos/técnicos) que lhe permitam um caminho claro e sem desvios.

Importa salientar que aplicação desta técnica, neste trabalho teve a duração de três meses, repartidos em duas fases:

- Uma primeira fase de tomada de conhecimento dos processos aplicados;
- Uma segunda fase de verificação, no quotidiano, desses processos.

Assim, numa primeira instância registou-se o tipo de processos que eram aplicados para diferentes situações que pudessem ocorrer no CI (procedimentos urgentes, procedimentos administrativos, procedimentos técnico – clínicos, etc...).

Numa segunda instância, pretendia-se perceber como funciona o serviço, no seu dia-a-dia ao nível processual.

Um dos primeiros objetivos técnicos foi não causar qualquer interferência que pudesse comprometer a observação mas, ao mesmo tempo, registar o funcionamento diário do CI.

Conseguir registar dados e saber interpretá-los com o máximo de objetividade possível, é um processo complexo, tendo sido necessário recorrer várias vezes à consulta de bibliografia para orientação o trabalho.

Em suma, o resultado dessa Observação percebeu-se que o correto funcionamento geral do CI depende de fatores-chave:

- Motivação dos profissionais;
- Quantidade de exames;
- Comunicação entre profissionais;
- Funcionamento do equipamento;

A grande conclusão desta Observação foi perceber que quando um destes fatores se encontra afetado, por diversas razões, vai influenciar qualquer um dos outros.

Outro parâmetro importante será perceber qual a influência e que tipo de presença o líder promove no serviço de forma a mantê-lo no seu correto

funcionamento, tendo em conta que para cada área de trabalho existe um responsável que transmite a informação ao líder e, ao mesmo tempo, tem algum poder de resolução de problemas.

São também esses responsáveis que promovem alguma formação, acontecendo esta sempre como forma de resolução de problemas e não como promoção da prevenção dos problemas.

O mesmo procedimento se verifica relativamente ao espírito de equipa (motivação/comunicação) existente, pois não existe uma promoção de motivação positiva; apesar de existir um relacionamento estável e positivo entre todos os profissionais a nível geral, a motivação profissional de cada um dos mesmos, por parte dos responsáveis, não é uma área muito focalizada.

A defesa da posição profissional de um Técnico de Imagiologia perante um outro profissional de outra área (no sentido de união da classe face a abusos por parte de outras classes, em relação ao exercício das funções específicas de um TI) é também pouco praticada, podendo levar à existência de alguns problemas que poderiam ser evitados, nomeadamente aquando da participação dos TI em bloco operatório.

Um outro ponto, considerado relevante nesta observação, é o fato de existir um conjunto de protocolos pouco eficientes entre as diferentes especialidades médicas e que poderiam ser revistos de forma a otimizar a realização de exames (partilha de informação e posterior análise para perceber a relevância de cada decisão clínica).

Tendo, também, em consideração que a Investigação é um ponto muito importante para qualquer área, constatou-se que não existe um “gabinete” que se ocupe de “promover” a Investigação entre os profissionais do serviço; fator crucial não só para a atualização constante dos mesmos, como também para uma formação mais aprofundada dos profissionais que não possuem formação académica na área.

Na mesma linha, e porque também se constatou alguma escassez nessa área seria importante também abordar a implementação de uma maior promoção de *Workshop's* e formações de diversas temáticas que permitissem um aprofundamento complementar, mas essencial para a boa prática dos exames; por exemplo, temas como a Fisiologia, a Patologia, a Fisiopatologia, a Bioquímica, a Biofísica, a Informática, os Cuidados de Saúde, a Gestão da Saúde, a Economia da Saúde, Investigação entre outros.

Nalguns temas poder-se-iam aproveitar os profissionais do hospital (médicos / engenheiros informáticos / enfermeiros / técnicos de diagnóstico e terapêutica), enquanto noutras áreas poder-se-iam aproveitar outros profissionais convidados, sempre com o objetivo de motivar o aprofundamento de conhecimentos por parte da totalidade dos profissionais.

Será de salientar, também, que esta Observação sofreu influência dos restantes profissionais que trabalham no Centro de Imagiologia (administrativos, assistentes, empregados da limpeza), mas tendo em consideração os critérios de inclusão (que foram criados para conseguir direcionar o estudo para uma área mais clínica) estes não se encontram incluídos nas restantes etapas da Investigação. Contudo, pode afirmar-se que apesar de não se encontrarem incluídos no estudo, estes elementos são muito importantes para a dinâmica e funcionamento processual deste centro clínico.

A técnica de Observação permitiu também constatar e concluir que, relativamente à escolha do público-alvo para os questionários e para as entrevistas, seria mais proveitoso direcionar as entrevistas para os Cargos de Chefia do CI, Médicos e Técnicos de Imagiologia e os questionários para os Clientes.

Esta conclusão reflete o intuito de se obter uma informação mais abrangente de quem, por ordem académica, terá mais conhecimento sobre a temática e também está mais envolvido com a Imagiologia (é o caso de quem vai ser sujeito a entrevista), sendo que no caso de quem vai responder aos questionários não está tão inteirado sobre a temática sendo, por isso, necessário objetivar e direcionar mais a informação. Tendo em consideração que são os clientes que vão responder aos questionários, os mesmos incidirão sobre a sua Satisfação relativamente aos serviços fornecidos pelo Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.

Com estas conclusões é possível ter uma noção mais aproximada do funcionamento do Departamento, permitindo começar a formular algumas opiniões que servirão de alicerces para outras etapas da investigação no sentido de melhorar:

- Perceber que políticas de gestão (Liderança, Motivação) existem no Centro de Imagiologia (CI);
- Perceber como pode a formação e a Investigação influenciar o CI;
- Perceber em que medida a comunicação entre profissionais e entre profissionais e cliente influencia o funcionamento do CI;
- Perceber como deve ser encarada a possibilidade de resolução de problemas;
- Perceber se o CI responde às necessidades da população;
- Perceber como é assegurada a preservação da privacidade;
- Perceber como o CI pretende construir um caminho de inovação;

Para além de tudo isso com base nesta análise observacional, formulou-se algumas proposições que serviram de *guide lines* para o guião final de perguntas para as entrevistas e para os questionários a implementar (apresentados em anexo I, II e

III). A este propósito, por exemplo, teve-se em consideração o fato de este departamento possibilitar um posicionamento que poderá permitir retirar alguma vantagem, alavancada pelo seu potencial de inovação, tanto ao nível tecnológico como de recursos humanos.

O fato de o departamento ser influenciado pelo meio envolvente numa dinâmica de interação entre as políticas sociais e as estratégias de saúde atuais (as necessidades de saúde da população, o fluxo das tecnologias disponíveis etc...), faz com que seja imprescindível perceber em que ponto estamos e como pretendemos evoluir.

É a partir da perceção destas coordenadas que se vai estruturar e compreender a forma como a organização ajusta o seu comportamento, de modo a garantir vantagem, seja numa lógica de sobrevivência seja numa lógica de vivência com o maior sucesso.

## **4.2. Entrevistas**

A técnica de estudo de Entrevista foi também escolhida de forma a recolher dados não só como complemento à observação, mas também de forma a explorar algumas vertentes que não tenham sido tão trabalhadas com a técnica observacional.

Como tal, e tendo em consideração as suas vantagens e desvantagens, foi necessário escolher de entre as várias hipóteses, o tipo de Entrevista a aplicar tendo sido a eleita para o efeito a Entrevista por Pautas. Segundo Gil (2007), é uma entrevista que se caracteriza por um certo grau de estruturação, pois existem assuntos que devem ser abordados e, caso não o sejam, o entrevistador deve muito subtilmente intervir sem comprometer a espontaneidade do processo.

A utilização da entrevista demorou cerca de dois meses e foram implementadas em três dos quatro atores da Investigação (tabela 20).

Do universo de profissionais a serem entrevistados foram efetivamente entrevistados 25 profissionais no total (53%; n=47) sendo que quatro pertencem à coordenação (n=4), 16 aos técnicos (n=19) e cinco aos médicos (n=24).

É de referir que houve algumas dificuldades nomeadamente no que toca ao ator da área clínica (médicos), pois, como se constata apenas cerca de 21% (n=24) dos médicos participaram neste estudo. É de referir ainda que o universo de 24 médicos cumpriam os critérios de inclusão propostos para os profissionais.



**Tabela 1**  
**Participação nas Entrevistas**

<b>Participação nas Entrevistas</b>			
<b>Ator</b>	<b>Total de atores no CI</b>	<b>Total de atores participantes</b>	<b>% de participação</b>
Coordenação Imagiologia	4	4	100
Técnicos de Imagiologia	19	16	84
Médicos de Imagiologia	24	5	21
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>25</b>	<b>53</b>

Fonte: Elaboração própria

No caso da coordenação conseguiu-se uma participação total, com uma adesão de 100% (n=4), enquanto nos técnicos propostos conseguiu-se uma adesão de cerca de 84%, ou seja, 16 entrevistas (n=19).

No entanto, deve salientar-se que a razão pela qual a participação dos técnicos foi de 84% e não de 100%, foi devido ao fato de três técnicos não cumprirem com os critérios de inclusão (ou seja, não se encontrarem a trabalhar neste centro clínico há pelo menos um ano).

Para efeitos de caracterização do universo do CI, deve ser referido que (tabela 2), 16 elementos pertencem ao sexo masculino (34%; n=16) e 31 ao sexo feminino (66%; n=31).

**Tabela 2**  
**Caraterização do Centro de Imagiologia I**

<b>Caraterização do Centro de Imagiologia I</b>		
<b>Ator</b>	<b>Nº total de elementos</b>	<b>% de elementos</b>
Sexo Masculino	16	34
Sexo Feminino	31	66
<b>Total de Elementos</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

Podemos ainda constatar (Tabela 3) que dos elementos do sexo masculino (n=16), três (19%) pertencem à coordenação, oito aos médicos (50%) e cinco aos

técnicos (31%). No sexo feminino (n=32), um elemento pertence à coordenação (3%), 17 aos médicos (53%) e 14 aos técnicos (44%).

**Tabela 3**

**Caraterização do Centro de Imagiologia II**

<b>Caraterização do Centro de Imagiologia II</b>				
<b>Ator</b>	<b>Coordenação</b>	<b>Médicos</b>	<b>Técnicos</b>	<b>Nº total de elementos</b>
Sexo Masculino	3	8	5	16
Sexo Feminino	1	17	14	32
Total de Elementos	4	24	19	47

Fonte: Elaboração própria

Fazendo uma abordagem idêntica mas direcionada apenas para a amostra dos entrevistados (tabela 23), podemos afirmar que dos participantes entrevistados (n=25), quatro pertencem à coordenação da imagiologia (16%), 16 são técnicos de imagiologia (64%) e cinco são médicos (20%).

**Tabela 4**

**Caraterização dos participantes nas entrevistas I**

<b>Caraterização dos participantes nas entrevistas I</b>		
<b>Ator</b>	<b>Total de atores participantes</b>	<b>% de participação</b>
Coordenação Imagiologia	4	16
Técnicos de Imagiologia	16	64
Médicos de Imagiologia	5	20
Total	25	100

Fonte: Elaboração própria

Fazendo o cruzamento de dados entre a função de cada elemento e o sexo que o caracteriza (tabela 24) que na coordenação da imagiologia (n=4) houve uma participação de 75% de elementos do sexo masculino (n=3) e 25% do sexo feminino (n=1); nos técnicos (n=16) houve uma participação de 25% do sexo masculino (n=4) e 75% do sexo feminino (n=12); já nos médicos (n=5) houve uma participação de 40% do sexo masculino (n=2) e 60% do sexo feminino (n=3).

Se considerarmos o total de participantes nas entrevistas (n=25), 36% pertencem ao sexo masculino, com repartição relativamente homogénea em termos funcionais, e 64% pertencem ao sexo feminino, com predominância dos entrevistados (48%) no grupo de técnicos de Imagiologia.

Tabela 5

Caraterização dos participantes nas entrevistas por sexo e função

Caraterização dos participantes nas entrevistas por sexo e função			
Ator	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Coordenação Imagiologia	3	1	4
Técnicos Imagiologia	4	12	16
Médicos Imagiologia	2	3	5
Total	9	16	25

Fonte: Elaboração própria

De forma a conseguir-se uma estrutura que permitisse retirar ilações pertinentes e focalizadas no tema de estudo mas que, ao mesmo tempo, possibilitasse ao entrevistado dissertar livremente alicerçando-se no que achasse mais conveniente para produzir uma boa resposta, construiu-se um guião de entrevista direcionado para a área de Coordenação do Centro de Imagiologia (anexo III) e outro guião direcionado para a área de Operacionais (onde inclui os Técnicos de Imagiologia e os Médicos de Imagiologia – anexo II).

Apesar de existirem diferenças funcionais nos dois atores que foram inseridos na área operacional, e essas diferenças fundamentarem-se desde logo nas tarefas que um técnico e um médico executam dentro do CI, será de salientar que ambos são operacionais em termos funcionais reportando às mesmas chefias.

Importa lembrar que um dos objetivos do trabalho passa por se perceber qual deve ser o rumo da Imagiologia para o futuro, não é perceber qual deve ser o rumo escolhido pelos técnicos ou qual deve ser o futuro escolhido pelos médicos, enquanto classes diferentes. Importa sim perceber qual deve ser o rumo da Imagiologia num todo tendo em consideração a visão do técnico e do médico para a definição desse caminho.

Se nas questões definidas nos guiões estivesse patente essa diferença entre classes e não a complementaridade dessas duas classes dentro do Centro de Imagiologia, seria mais complicado definir um rumo comum e sustentável.

Deve ainda ser referido que no início de cada entrevista, o entrevistado foi esclarecido dos parâmetros principais do estudo de investigação: quais os objetivos, o tipo de trabalho, a metodologia, como estava a decorrer etc...

O objetivo deste esclarecimento prévio foi preconizar um maior envolvimento participativo do entrevistado no sentido deste não se sentir um *outsider*. Cada entrevistado tem a sua importância específica na realização do estudo, pelo que seria fundamental que os mesmos tivessem essa noção para possam entender que as suas

ideias ou ilações eram cruciais e podiam influenciar, negativa ou positivamente todo o trabalho, e conseqüentemente, o funcionamento do serviço.

Os entrevistados foram também informados que as questões colocadas resultavam já de uma etapa decisiva, denominada de observação prévia e autorizada pelos cargos de chefia, bem como da realização de um pré-teste para uma melhor adequação dos guiões.

Foram também informados que as entrevistas iriam ser realizadas com áudio gravação e cada entrevista iria ser ouvida e processada apenas pelo entrevistador garantindo-se o anonimato do entrevistado.

O pré-teste referido foi realizado a um grupo de seis pessoas que preenchiam todos os critérios de inclusão aplicados com exceção do critério de estar há pelo menos um ano no Centro de Imagiologia. Este pré-teste serviu para adaptar as questões à percepção dos entrevistados, bem como para perceber como deveria ser a melhor forma de condução da entrevista por parte do entrevistador.

Será importante salientar que a razão de cada entrevista ser considerada uma apresentação única e singular, a adaptação da abordagem por parte do entrevistador a cada singularidade é crucial:

- Para os entrevistados que apresentem menos facilidade de dissertar acabando por responder de forma pouco esclarecedora e fundamentada serão necessários mais esclarecimentos por parte do entrevistador, de forma a fomentar uma melhor exposição;

- Para entrevistados com tendência a estender e a divagar no discurso será necessário uma postura permanente por parte do entrevistador na reorientação do discurso para a objectividade.

Esta posição adaptativa por parte do entrevistador não é fácil, pois, perceber, em 25 entrevistas, as singularidades de cada pessoa revelou-se uma tarefa muito arrojada e complexa.

Por último, e relativamente à questão temporal e de processamento da informação, ao nível da transcrição e da análise primária das entrevistas, convém referir que demorou mais tempo do que o previsto, pois cada entrevista foi bastante enriquecedora, no sentido em que proporcionou muita matéria-prima para ser processada e interpretada, através da técnica de análise de conteúdo.

### 4.3. Análise de conteúdo das entrevistas

Esta técnica é utilizada para a interpretação das entrevistas e, sendo uma “(...) técnica de pesquisa pode considerar-se como a articulação entre o texto descrito e analisado (pelo menos em relação a certos dos seus elementos característicos), e os fatores que determinaram essas características deduzidas logicamente” (Carmo & Ferreira (2008) conforme Bardin (1977)).

De acordo com o que já foi mencionado anteriormente pode acrescentar-se ainda o seguinte (Quadro 20), em termos de estruturação da análise de conteúdo:

Quadro 20

*Esquematização da sinopse das entrevistas*

<b>Esquematização da Sinopse das entrevistas</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Unidade semântica de Registo</b>	<b>Unidade de enumeração</b>	<b>Unidade de contexto</b>
Coordenação Imagiologia	Tema da pergunta realizada	Codificação através entrevista, categoria, tema, parágrafo	Citação
Técnicos Imagiologia			
Médicos Imagiologia			

Fonte: Elaboração própria

Existem três categorias diferentes formadas de acordo com a função dos elementos, isto é, tendo em consideração que existem três funções bem distinta a análise foi feita função a função para que, assim, todos os atores possam ficar bem caracterizados quando às suas posições e visões do Centro de Imagiologia.

No que toca à principal unidade de codificação textual, a análise foi efetuada de acordo com o tema que foi abordado a cada um dos atores, ou seja, a definição e codificação deste ponto coincidiu com o agrupamento das perguntas por temas, que já tinha sido efetuado nas entrevistas, facilitando assim a boa orientação da análise (anexo IV – Tabela de análise de conteúdo).

#### 4.3.1 Coordenação do Centro de Imagiologia

O grupo da coordenação é o mais alto poder de decisão do Centro de Imagiologia. É através deste grupo que todas as diretivas da Direcção do Hospital são executadas, informadas e avaliadas. Nesta linha, fazia sentido que as questões colocadas se baseassem no poder decisivo (as citações mais importantes e relevantes

que suportam os argumentos são apresentadas no anexo IV), e como tal, foram agrupadas nos seguintes grupos temáticos:

- Liderança;
- Organização Estrutural;
- Posicionamento Estratégico;
- Caracterização do perfil dos colaboradores;
- Formação;
- Motivação;
- Tecnologia;
- Protocolos de Cuidados de Saúde;
- Investigação Científica;

#### **4.3.1.1 Liderança**

Relativamente a esta questão as principais ideias de abordagem, por parte de um coordenador sobre a sua equipa, giravam em torno de:

- Justiça – o coordenador deve saber ouvir todos os lados envolvidos em determinado assunto;

- Motivação – o colaborador deve ser repreendido/recompensado no momento certo, e essa ação deve ser a mais adequada possível à situação;

- Dinamismo – o coordenador deve saber sempre o que apresentar à sua equipa para que esta sinta que se estão a criar caminhos e a quebrar barreiras, sendo que uma das maneiras de o fazer se caracteriza por ouvir novas ideias escolhendo as que são mais adequadas;

- Determinação – o coordenador deve ser um indivíduo apaixonado pelo projeto que lidera, promovendo o desejo de todos em participar no mesmo;

- Formação – o coordenador deve ter formação adequada para exercer o seu papel, sendo que, sem formação de gestão dificilmente conseguirá fundamentar o seu trabalho;

- Objetivos – traçar metas é extremamente importante para que se consiga obter resultados;

- Organização – as metas só se conseguem atingir se existir uma organização e um planeamento adequado.

- Disponibilidade – o coordenador tem que estar disponível e ser proativo para que existam soluções rápidas aos problemas que possam surgir.

#### **4.3.1.2 Organização estrutural**

A estrutura organizacional foi um dos temas escolhidos para caracterizar o Centro de Imagiologia e possíveis mudanças a empreender.

Existem duas estruturas que definem o Centro de Imagiologia:

- Área Não Clínica – composta pelos Administrativos (*Front-Office* ou *Back-Office*).

- Área Clínica – constituída pelos Técnicos, Médicos e Assistentes, sendo esta a área para a qual o Centro de Imagiologia foi concebido.

Será importante salientar que na primeira área encontram-se reunidos os processos e os elementos que não implicam uma aplicação de procedimentos técnico-clínicos, e estão divididos em pequenas estruturas nomeadamente: marcação de exames, admissão de exames, faturação de exames e transcrição de exames. Todos eles estão dependentes da coordenação do Centro de Imagiologia.

Relativamente à área clínica, é de referir que também ela é formada por pequenas estruturas de trabalho: área da Dosimetria; área técnica da Mamografia; área técnica de Radiologia Convencional, Exames Especiais e Bloco Operatório, área técnica de TC e RM, Armazém de Material, área de Tecnologia e Equipamentos, área de Recursos Humanos e Processos, Área da Neuroradiologia, Área de Corpo e Osteo-articular.

Tal como foi referido na descrição da Observação, todas estas áreas têm um representante que se encontra dependente da Coordenação, mas que ao mesmo tempo apresenta um nível adequado de autonomia resultante da necessidade de resolução dos problemas quotidianos.

#### **4.3.1.3 Posicionamento estratégico**

A terceira questão aborda um tema mais complexo e abrangente, pois, passa por perceber qual é o papel do Centro de Imagiologia, segundo as perspetivas da Coordenação. Em resultado desta visão é de referir que o posicionamento estratégico centra-se principalmente na utilização de equipamentos informáticos de ponta, ou seja, *software*, *hardware* e recursos humanos para dominá-los, são considerados os elementos estratégicos na correta abordagem da patologia por parte deste centro clínico.

Em resultado desta posição, o CI consegue apresentar resultados na ordem dos 20% em termos de volume de trabalho relativamente ao volume de trabalho total do hospital e 22% da faturação total do hospital. Estes indicadores revelam um centro de Imagiologia com desempenhos superiores aos previstos: 18% em volume de trabalho e 20% de faturação. Assim, um dos objetivos estratégicos definidos a curto prazo (3 anos) é atingir uma estabilidade processual e organizacional que permita rentabilizar ainda melhor os recursos com menos fundos, tendo sido fixada a meta de se tornar o Departamento mais eficaz e mais rápido do Hospital.

Ao nível dos recursos humanos, a estratégia passa por manter os colaboradores motivados e altamente diferenciados/atualizados, permitindo assim manter o Departamento igualmente atualizado e melhor preparado.

#### **4.3.1.4 Caracterização dos Colaboradores**

Para que este posicionamento estratégico seja possível, o perfil de integração dos profissionais rege-se por um perfil bem definido por parte da Coordenação. Os candidatos passam por entrevistas individuais e de grupo e quem passar esta etapa seguirá para um estágio complementar.

O perfil define-se com as seguintes características:

- Dinamismo;
- Assertividade;
- Calma;
- Iniciativa;
- Responsabilidade;
- Respeito;
- Potencial;
- Humildade;
- Competência.

#### **4.3.1.5 Formação**

Uma vez ultrapassadas as etapas de recrutamento e já inserido na equipa, o colaborador está sujeito a diferentes fases de formação básicas, consoante a função que irá ocupar.



A Coordenação assume que o CI se encontra ainda numa fase de construção ao nível formativo, no sentido de manter uma uniformidade geral de conteúdo mas que, ao mesmo tempo, permita existir alguma especialização por parte dos seus colaboradores.

Assim, a abordagem que a Coordenação tem para com os seus colaboradores, relativamente à formação, é proporcionar alguma formação específica interna e promover a participação em congressos e conferências.

#### **4.3.1.6 Motivação**

Segundo os líderes, este tema é o motor que faz andar todo o Departamento. Mas a forma como cada pessoa se motiva ou pretende ser motivada é diferente, e em resultado disso a política de motivação utilizada pelo departamento passa por tentar motivar personalizadas de forma a manter o maior número possível de colaboradores com vontade de produzir mais e melhor, ou seja, tenta-se perceber o que é fonte de motivação e procura-se atuar no sentido mais adequado. Para isso, um dos objetivos apresentados pela equipa de coordenação passa por modificar o método anual de avaliação de desempenho para um método semestral, para que se crie uma maior aproximação e exista um *feedback* mais regular e efetivo.

#### **4.3.1.7 Tecnologia**

Na questão relativa aos recursos tecnológicos do CI, perceber qual a visão dos líderes relativamente a este ponto revela-se crucial. Foi assumido como um dos objetivos iniciais do hospital, tornar-se um centro de referência ao nível tecnológico, sendo que, para isso, terá efetuado um investimento bastante considerável em equipamentos de topo altamente diferenciados e que se encontram em atualização e manutenção permanente. Para suportar este tipo de decisão foi necessário criar uma rede de informação por todo o hospital que conseguisse transmitir e guardar os dados de cada cliente, de uma forma segura, rápida e eficiente.

Para conseguir alta segurança foram instaladas barreiras internas (definidos em função das competências de cada colaborador) e externas (acesso apenas a colaboradores com cargos de responsabilidade, como é o caso dos médicos/informáticos) que permitissem um fácil acesso a quem tem permissão, mas impenetrável a quem não tem. Um exemplo desta aplicação de segurança é o caso dos médicos poderem aceder ao sistema interno do hospital através de casa,

suportados por um sistema de proteção que cria códigos pessoais de 10 em 10 segundos, transformando o acesso quase impenetrável.

#### **4.3.1.8 Protocolos de Cuidados de Saúde**

Um outro ponto importante para se perceber o funcionamento da complexidade do CI, passa pela apresentação de protocolos e procedimentos de cuidados de saúde.

Segundo a coordenação, o CI encontra-se num grau de estabilidade bastante aceitável, podendo mesmo passar para uma fase de otimização: exemplo desta caracterização é o caso dos procedimentos que são efetuados na área de marcações, pois, tendo em consideração a afluência elevada (15 mil exames por mês), torna-se necessário efetuar uma triagem para tornar este processo mais ágil.

Os coordenadores afirmam ainda que, sendo as marcações um ponto fulcral para a organização do fluxo de trabalho, com esta nova aplicação de triagem poder-se-á definir, segundo critérios clínicos, linhas orientadoras para a marcação de exames mais urgentes, sem nunca comprometer a resposta à solicitação dos exames.

Outro ponto abordado pela Coordenação foi o fato de estabelecer protocolos de reação rápida em caso de urgência ou emergência durante a realização dos exames, pois, tendo em consideração o treino dos profissionais, o estabelecimento de um padrão otimizado de linhas orientadoras de ação é extremamente relevante para uma resposta mais eficaz.

Outro protocolo que merece ser otimizado é o de intercâmbio de clientes, tendo em consideração o fato do Consórcio Espírito Santo Saúde, passando a conter duas instituições diferentes (Hospital da Luz e Hospital Beatriz Ângelo) mas com valores, critérios, procedimentos e equipamentos iguais, irá permitindo atender de forma mais justa e equilibrada. No fundo, o objetivo passa por, com os mesmos recursos e qualidade, conseguir distribuir os clientes de forma mais eficiente, podendo mesmo ser considerado um passo fundamental numa nova abordagem em Saúde.

#### **4.3.1.9 Investigação Científica**

O último tema abordado com a Coordenação foi o tema da Investigação Científica.

É um tema ainda muito instável e em construção, sendo o objetivo último a cumprir por parte do CI.

É um assunto que merece ainda um planeamento cuidado visto se encontrar em fase embrionária. Está a dar-se os primeiros passos nas áreas dos Cardíacos e dos exames Funcionais em Ressonância Magnética, mas ainda não existe um plano estruturado para a implementação de um Programa de Investigação regular e contínuo.

Apesar das boas relações que existem com as faculdades, escolas superiores e empresas de equipamento (como a Siemens), apenas e só quando se atingir um grau de estabilidade mais avançado ao nível organizacional, é que a Investigação Científica será um tema a ser mais aprofundado.

#### **4.3.1.10 Síntese dos aspetos mais relevantes**

Como aspetos mais relevantes, deve referir-se que a Coordenação considera efetuar otimizações nos protocolos e procedimentos, assumindo também que se encontram um pouco atrasados em relação à divulgação da Investigação Científica.

Contudo, foi referido também que a liderança, a formação e a motivação são pontos essenciais para a existência de uma boa prática profissional, apesar de não apresentarem uma política definida, baseada em teorias científicas que funcionem como pilares estratégicos e seguros de aplicação.

Um dos pontos mais relevante é a referência à área de equipamento como sendo a área do CI que permitirá manter o Hospital da Luz na vanguarda da inovação e do tratamento de doentes.

#### **4.3.2 Técnicos do Centro de Imagiologia**

O grupo dos Técnicos de Imagiologia (TI) é o terceiro grupo de profissionais em nível de hierarquia no Centro de Imagiologia. É através deste grupo que todas as diretivas técnicas e clínicas apresentadas pela Coordenação são executadas. Este grupo é considerado como sendo o coração do Centro de Imagiologia, pois é ele que executa os exames segundo as diretrizes da Coordenação e com o aconselhamento dos Médicos de Imagiologia que os irão relatar.

Nesta linha, fazia sentido que as questões que fossem colocadas se baseassem em torno da sua execução e de uma visão técnica sobre todo o quotidiano e funcionamento do Centro de Imagiologia (as citações que suportam os argumentos serão apresentadas no anexo IV) e, como tal, as questões foram agrupadas nas seguintes temáticas:

- Liderança;
- Posicionamento Estratégico;
- Formação;
- Motivação;
- Comunicação;
- Tecnologia;
- Protocolos de Cuidados de Saúde;
- Investigação Científica;
- Inovação;

#### **4.3.2.1 Liderança**

Os TI do CI demonstram, nas suas opiniões, a existência de alguma preponderância de valores importantes, como é o caso do respeito mútuo e da humanização pois, é nas atitudes dos líderes que se percebe se existe harmonia para com todos os profissionais.

Este respeito base deve ser cultivado, na visão dos TI, através de mais interação com os colaboradores, não só através das interações obrigatórias que os líderes devem efetuar para orientar o trabalho, mas também através do saber ouvir, da compreensão e da promoção do espírito de equipa. No fundo, os líderes da equipa devem preocupar-se de perto com todos os profissionais.

Outro ponto importante mencionado é o fato que, a um líder é-lhe exigido liderança com conhecimento, isto é, que para além da formação técnica também tenha formação em organização, controlo e avaliação para que assim seja justo nas suas críticas e elogios. Com efeito, de acordo com o grupo, não ter formação nesta área não é positivo. Para se ter noções de como se deve motivar, delegar funções, apresentar soluções, promover o dinamismo, ou seja, gerir, é necessário ter alguma formação em gestão e liderança. Como tal, este deverá ser um ponto a refletir e a melhorar na visão dos TI.

Uma das considerações feitas por parte dos TI retrata o fato de os líderes ouvirem pouco os colaboradores deste grupo, ou seja, não existe uma interação contínua no sentido de melhorar as condições e o funcionamento de trabalho. O exemplo mais relevante é o fato de não existirem reuniões regulares de análise de casos clínicos que fariam com que existisse um maior aproveitamento e avaliação de todos os procedimentos e protocolos instalados neste serviço.

No fundo, o que este grupo menciona é que os líderes deveriam ter formação mais sustentada na área da gestão, para assim aplicar os ensinamentos de forma a promover o melhor funcionamento do serviço.

#### **4.3.2.2 Posicionamento estratégico**

O segundo tema abordado passa pela caracterização do posicionamento estratégico do CI. Os argumentos dos TI são unânimes num ponto: o Centro de Imagiologia é dos serviços mais importantes no hospital e dos que tem mais preponderância.

Segundo as considerações dos TI, neste momento, a Medicina não consegue caracterizar um diagnóstico final sem a intervenção da área da Imagiologia, acrescentando ainda que estão a par dos resultados que foram apresentados pela Coordenação, fazendo com que estes dados mostrem a noção da execução que é efetuada mensalmente no CI e que apoiam a afirmação.

Os TI mencionam que um dos caminhos para manter ou até aumentar a preponderância do CI, passa por manter os recursos humanos bem atualizados e motivados, bem como acompanhar regularmente as atualizações de equipamentos e materiais para que, assim, o trabalho seja cada vez mais eficaz, rápido e indolor possível.

Mencionam ainda que, tendo em consideração a estabilidade que o CI está a atingir, a fase seguinte (Investigação Científica) deverá começar a ser estruturada e planeada para se conseguir aproveitar cada vez melhor a “matéria-prima” (clientes, colaboradores e equipamentos) que caracteriza o Departamento. São da opinião que, para que este último ponto seja uma realidade, a formação e a motivação são muito importantes.

#### **4.3.2.3 Formação**

Abordando o tema da Formação, o que este grupo tem em mente é muito claro e resume-se, muito simplesmente, à existência de um plano de formação anual, ou seja, deverá existir um plano que se baseie nas atualizações constantes que existe na área da medicina geral, radiológica e equipamentos.

Depois de efetuado esse plano geral de atividades formativas nesta área, deve complementar-se o mesmo com alguma formação em áreas como a comunicação, língua gestual e aperfeiçoamento da língua inglesa (numa primeira fase).

A existência de um plano formativo anual fará com que, na opinião deste grupo, haja mais motivação para aplicar os novos ensinamentos que se traduzirão em resultados ainda mais positivos para os clientes.

No entanto, não chegará promover a formação interna pois é com a formação externa (pós graduações, mestrados, doutoramentos) e visitas a outras instituições nacionais ou no estrangeiro, que se consegue um desenvolvimento mais sustentado em novas abordagens.

#### **4.3.2.4 Motivação**

Segundo o grupo de TI, a política de motivação mais consensual seria a aplicação da componente financeira justa e de acordo com a produtividade e a eficiência. No entanto, é de referir que nem todos se identificam com esta componente sendo que alguns membros deste grupo mencionam que a promoção de bem-estar laboral (horários e rotação dos postos de trabalho na escala) seria suficiente para promover funcionamento do CI.

Outro ponto que deve ser tomado em consideração por parte da Coordenação na motivação dos colaboradores passa pelo tipo de situação contratual: a existência de uma ligação precária (recibos verdes) promove a desmotivação.

No fundo, deve existir um maior *feedback* por parte da Coordenação, resultando num tomar de posições coerentes e estratégicas, adaptadas a cada profissional, de forma a promover um melhor funcionamento do Departamento. Isto só se consegue com mais interação intradepartamental.

#### **4.3.2.5 Comunicação entre atores**

O papel que este grupo desempenha baseia-se, em grande parte, no atendimento ao público, fazendo com que a comunicação, entre profissionais e entre os profissionais e o cliente, seja um ponto fundamental.

Para perceber este aspeto pediu-se que se caracteriza-se o tipo de comunicação que existe no serviço entre os seus pares e para com o cliente.

Na comunicação com o cliente a opinião foi unânime ao revelar a existência de um esforço para que a mesma seja clara, educada, assertiva, esclarecedora e muito ativa; em relação à comunicação entre os profissionais e a Coordenação, diagnosticou-se que esta poderia ser um pouco mais trabalhada, tendo em consideração que é muito impessoal, escassa e com muita burocracia: ou seja, é feita

quase sempre através de *e-mail*, ocorrendo só para resolver algum problema esporádico e não de forma de impeditiva, ou seja, preventiva em relação aos problemas.

Entre os profissionais com a mesma função ou com funções noutros Departamentos, o tipo de comunicação é relativamente boa, mas deveria ser mais esclarecedora, pois, por vezes, deficiências de esclarecimento originam conflitos laborais desnecessários.

#### **4.3.2.6 Tecnologia**

Relativamente à tecnologia do Departamento, todos os elementos deste grupo mencionam a existência de ótimas condições de trabalho que permitem uma fluidez bastante positiva. Apesar de não se utilizar a total capacidade dos equipamentos, ao nível de aplicações informáticas, relativamente ao fluxo e volume de trabalho os equipamentos respondem com níveis de eficiência e de eficácia bastante aceitáveis.

O sistema informático que suporta o funcionamento dos equipamentos e os mantém ligados entre si permite que a transmissão e o arquivamento de dados sejam efetuados de forma bastante rápida e segura, não permitindo perdas de informação, aspeto normalmente essencial para o diagnóstico diferencial.

Um ponto menos positivo apresentado pelos TI é o fato do sistema informático não ser muitas vezes utilizado de forma plena por parte de alguns médicos de outras especialidades, ou seja, existem espaços definidos para a partilha de informação relativa a cada cliente mas que, muitas vezes ou não são preenchidos ou são preenchidos com informação que não é relevante para a realização dos exames. É um aspeto que deve ser trabalhado através de mais formação e esclarecimento.

#### **4.3.2.7 Protocolos de Cuidados de Saúde**

Na questão dos protocolos que são aplicados no serviço, estes são executados principalmente pelo grupo de TI. O diagnóstico deste grupo revela que existem protocolos que estão adequados, outros a precisar de otimizações e outros que deveriam ser formados.

Assim, um dos protocolos base que deveria ser elaborado e apresentado, para novos colaboradores, seria um Plano de Formação Inicial e de Integração relativamente aos protocolos já existentes de Controlo de Infecção, Emergência Médica, protocolos de prática técnica, manuseamento de equipamentos, planos de

emergência para exames invasivos, planos de contingências para avarias dos equipamentos, planos de segurança e de resposta rápida em caso de catástrofe etc...

Em seguida, seria conveniente a promoção de uma atualização formativa relativamente aos aspetos anteriores para todos os elementos, resultantes de uma avaliação contínua que serviria também para otimizar os procedimentos.

É de salientar que um dos aspetos importantes que se melhoraram a este nível foi a promoção de protocolos de aperfeiçoamento de dose sem perda de informação, para assim poder efetuar-se uma adequação e otimização dos protocolos já existentes nos equipamentos.

Com estes melhoramentos, o grupo de TI afirma que o Departamento se posiciona de forma mais forte na resposta às necessidades da população, bem como à grande concorrência que existe no setor.

#### **4.3.2.8 Investigação Científica**

A questão da Investigação Científica revela que existe ainda muito trabalho a ser realizado, pois a posição do Departamento encontra-se numa fase de garantir primeiro a capacidade de execução de exames.

No entanto, é da opinião dos TI definir pontos base importantes para a criação de uma vontade efetiva de investigar. Isto é, começar por criar uma base de dados que permita colecionar informação relevante em determinadas matérias, como é o caso da RM funcional, área de Cardíacos e a Mamografia, sendo que esta ação deve ser acompanhada de formação contínua, resultante da relação de cooperação entre as faculdades e o Departamento.

No fundo, são da opinião que de momento, não há muito mais a fazer até serem criadas bases sólidas de trabalho para uma Investigação Científica fundamentada e próspera.

#### **4.3.2.9 Inovação**

Segundo o grupo de TI, a melhor forma de inovação é apostar na formação contínua dos seus colaboradores de forma a mantê-los motivados, sendo que mantê-los o mais tempo possível ligados à instituição ajuda na promoção da qualidade do Departamento, o que, a longo prazo, se traduz numa mais-valia. É através desta manutenção e reforço da qualidade que a decisão de começar a realizar Investigação Científica se deve basear.



A inovação neste Departamento passaria também por investigar os temas mais esquecidos, mas não menos interessantes. Mas isso só se saberia depois de uma investigação prévia que permitisse identificar esses mesmos temas específicos.

#### **4.3.2.10 Síntese dos aspetos mais relevantes**

Sintetizando, os TI consideram ter de se melhorar em todas as áreas visto que sendo o Hospital da Luz tão novo, a otimização e revisão contínua de alguns aspetos do serviço, apesar de trazerem alguma instabilidade, são cruciais. Há vontade para isso. Relativamente à forma como são tratados assuntos tão importantes como a Motivação e a Formação, alguns técnicos sugerem que o problema está diretamente relacionado com a deficiente formação na área de Liderança, devendo esta lacuna ser colmatada.

Os pontos fortes salientados devem servir de alavanca para a otimização de protocolos que reforcem a vontade de apostar em inovação, nomeadamente uma contínua atualização dos equipamentos e uma aposta na Investigação Científica.

#### **4.3.3 Médicos do Centro de Imagiologia**

O grupo dos Médicos de Imagiologia (MI) situa-se como sendo o segundo grupo de profissionais em nível de hierarquia no Centro de Imagiologia. É através deste grupo que todas as diretivas clínicas apresentadas pela coordenação são executadas sendo que têm um papel consultivo bastante ativo na formação destas diretrizes.

É de mencionar, uma vez mais, que as conclusões que se possam retirar das respostas deste grupo se encontram limitadas, pelo fato da disponibilidade da sua adesão a este estudo ter sido bastante escassa (o que, no entanto, não foi impeditivo de apresentar as principais noções dos elementos que participaram).

As questões colocadas baseiem em torno da sua visão clínica de execução (citações que suportam os argumentos são apresentadas no anexo IV). Essas questões foram agrupadas em grupos temáticos seguintes:

- Liderança;
- Posicionamento Estratégico;
- Formação;
- Motivação;
- Comunicação;

- Protocolos de Cuidados de Saúde;
- Tecnologia;
- Investigação Científica;
- Inovação;

#### **4.3.3.1 Liderança**

Relativamente ao tema da Liderança este grupo afirma que um líder deve ter como principais qualidades a justiça, a imparcialidade, o ser organizado e saber delegar funções, sendo que deve ter pessoas em seu redor com características idênticas às suas.

Para além destes atributos deve ser uma pessoa com carisma, conseguindo motivar os seus colaboradores da forma que mais ninguém consegue, transmitindo-lhes segurança e disponibilidade para que confiem nele. Essa confiança depositada deve traduzir-se em resultados e objetivos alcançados por parte dos trabalhadores, devido ao fato de conseguir deles a convicção necessária para o melhor caminho a tomar e que é sempre o caminho apresentado pelo líder.

No fundo, o líder deve ser, segundo os MI, um comunicante nato que transporta um conjunto de qualidades e informação bastante relevante, conseguindo motivar e conseqüentemente obter resultados. Acrescenta ainda este grupo que estas características se enquadram bem no líder da área clínica.

#### **4.3.3.2 Posicionamento Estratégico**

Em relação à questão do posicionamento estratégico é opinião deste grupo ter em consideração algumas questões importantes. É estrategicamente necessário obter preparação para interagir com as diversas áreas deste Departamento, de maneira a existir uma resposta rápida e eficaz às solicitações que são apresentadas. Ter profissionais preparados para todas as áreas clínicas do Departamento é fundamental.

Conseguindo cumprir com este objetivo base, a agilidade de procedimentos em termos de análise e de disponibilização de informação na sequência de ganhos de sinergias com as diferentes especialidades médicas, traduz-se em ganhos efetivos de eficiência e eficácia.

O sucesso deste tipo abordagem, de acordo com o grupo de médicos entrevistados, está dependente e no nosso caso, deve-se a dois fatores importantes: qualidade dos profissionais e qualidade dos equipamentos. A preponderância dos

exames complementares de diagnóstico da área da imagiologia, no diagnóstico que será produzido é, nos dias de hoje, muito grande.

Estrategicamente, o nosso Departamento é essencial para o bom desempenho das outras especialidades médicas e, como tal, quanto maior for a determinação e a precisão do resultado produzido, mais sólido e melhor será o diagnóstico final do cliente.

#### **4.3.3.3 Formação**

O grupo dos médicos refere que a formação, na área clínica, é muito importante e tem uma componente muito forte. A partilha de informação entre as especialidades da classe médica é algo que está muito enraizada e, como tal, a participação em congressos, palestras e conferências é a forma que os médicos encontram para a sua formação contínua, nunca descurando a hipótese de efetuarem pós-graduações e/ou doutoramentos.

#### **4.3.3.4 Motivação**

Para os MI a componente financeira é essencial, mas a forma como a instituição ou os clientes reconhecem o seu trabalho é muito importante para manter os seus níveis de motivação bastante elevados, e isso acontece muito frequentemente. A motivação é um assunto que, para a classe médica, não se encontra muito afetada tendo em consideração que o nível motivacional é algo que a Coordenação e Direcção Hospital, respetivamente têm muito em conta.

#### **4.3.3.5 Comunicação entre atores**

A comunicação, à semelhança da motivação, é bastante boa; a comunicação exercida entre pares é bastante aceitável, sendo que é um ponto essencial para a classe médica o respeito mútuo entre especialidades. Isso é conseguido tal como é a comunicação com os outros profissionais de outras funções.

A relação com o cliente tem que se basear nas regras da boa educação e nas regras deontológicas nunca esquecendo que estamos a lidar com pessoas. Qualquer informação é transmitida com o cuidado necessário, pois pode constituir uma mudança bastante brusca, acentuada e dolorosa.

#### **4.3.3.6 Protocolos de Cuidados de Saúde**

No que toca ao nível dos protocolos e processos, os MI, são da opinião que, em comparação com a maioria dos hospitais, este está num patamar mais avançado, como é caso do acompanhamento dos clientes pelos diferentes serviços do hospital ou da forma simples como a informação se transmite através do sistema informático, não originando perdas de tempo quando é necessário tomar decisões importantes atendendo à situação clínica do cliente.

#### **4.3.3.7 Tecnologia**

O tema da tecnologia, no ponto de vista dos MI, é essencial para o CI considerando mesmo que é a vertente que tem sido alvo de grandes investimentos. Conseguir acompanhar a atualização dos equipamentos será fundamental para a subsistência clínica.

Os MI consideram ainda que o sistema informático está bem arquitetado, permitindo uma fluidez de trabalho bastante competente. Existe apenas um senão: que é o fato dos equipamentos se encontrarem subaproveitados; isso terá de ser um ponto a trabalhar no futuro, com o apoio de todos.

#### **4.3.3.8 Investigação Científica**

Em relação à Investigação Científica, é um tema que deve ser abordado com muito cuidado, pois estamos a falar de avanços científicos que podem ser determinantes para a vida das pessoas.

Estes temas, de preferência, devem ser já temas base de trabalho por onde se pode evoluir e desenvolver pontos que se considerem interessantes (manipulação das doses de radiação, melhoramento das aplicações informáticas consoante a patologia que se pretenda estudar, comportamentos de determinadas doenças e aplicações de fusão de imagem).

A envolvimento com as entidades empresariais e de ensino superior, é fundamental para que a Investigação Científica seja bem estruturada, devendo mesmo pedir-se alguma ajuda e orientação na criação de uma base de dados tendo como horizonte os temas que se pretendem abordar em primeiro lugar.

#### **4.3.3.9 Inovação**

A inovação, segundo este grupo de médicos, é um tema que obriga a uma consciencialização muito grande por parte de todos os elementos do Departamento: em primeiro lugar para se considerar que algo é inovador deve ser realizado sempre uma avaliação primária da situação atual do serviço; só depois e com base nessa constatação é se deve pensar em inovar em determinados setores. Um dos casos de sucesso e de inovação foi aplicação da terapêutica do radioisótopo *Ytrium* para efetuar embolizações hepáticas, pois é um procedimento escasso em Portugal.

No fundo efetivar um processo inovador implica, em primeiro lugar, fazer uma avaliação que permita entender que tipo de abordagem é que deve ser realizada e só depois proceder de acordo e de forma segura, com os resultados obtidos.

#### **4.3.3.10 Síntese dos aspetos mais relevantes**

Sintetizando, os Médicos de Imagiologia (MI) referem que em comparação com outros hospitais, o Centro de Imagiologia do Hospital de Luz, se encontra um passo à frente em relação a matérias como os equipamentos, a comunicação entre profissionais, o tipo de liderança e a motivação. Referem como um dos pontos que deve ser trabalhado a Investigação Científica que ainda se encontra numa fase emergente.

### **4.4. Questionários**

Esta técnica foi utilizada com o objetivo de perceber e caracterizar a Satisfação do cliente relativamente aos serviços prestados pelo Centro de Imagiologia. Esta caracterização deve ser considerada como essencial para a construção fundamentada de uma estratégia futura.

A utilização desta técnica mostrou-se efetivamente como sendo mais impessoal que as entrevistas mas, ao mesmo tempo, mais rápida dado o volume de informação que se consegue adquirir.

A implementação dos questionários foi programada para ser utilizada durante o período de tempo aproximado de dois meses. No entanto, sendo imprescindível que a amostra (n=100), escolhida aleatoriamente, cumprisse com os critérios de inclusão e comparecesse no CI, foi necessário efectuar uma pré-pesquisa através do sistema

informático do Centro de Imagiologia, de maneira a perceber quantos candidatos poderiam preencher as condições para a investigação.

Para além desta confirmação do número de clientes potencialmente disponíveis, teve de se considerar que a meta temporal de confirmação de participação se revelaria uma incógnita, podendo ser cumprida ou não, devido ao fato do cruzamento do cumprimento dos critérios de inclusão e da aleatoriedade da amostra.

Em resultado de tudo isto, o período de recolha de dados acabou por demorar quase o dobro do previsto.

Foi elaborado um procedimento prévio para garantir o cumprimento dos critérios fundamentais de inclusão, nomeadamente:

- Foi confirmado através do sistema informático que existiam candidatos suficientes;

- Para cada questionado foi confirmado o cumprimento dos critérios de inclusão e se ainda não tinha respondido ao questionário.

- O procedimento foi repetido até perfazer um total de 100 pessoas questionadas.

É de salientar o fato de existirem temas que sido incluídos no questionário (nível de escolaridade e a profissão) e considerando a baixa obtenção de resultados (5% de respostas ao nível da escolaridade e 9% da profissão para  $n=100$ ), os mesmos acabaram por ser excluídos, não trazendo qualquer informação relevante para a caracterização da amostra. Esta situação resultou do fato das questões em causa não serem questões com obrigatoriedade de resposta.

No caso das sugestões e reclamações, apesar de se registar também um nível baixo de resultados (0,4% de reclamações e 0,3% de sugestões para número de respostas de 2500) efectuou-se uma tabela a apresentação das reclamações e das sugestões realizadas (Quadro 21).

**Quadro 21**

**Reclamações e Sugestões**

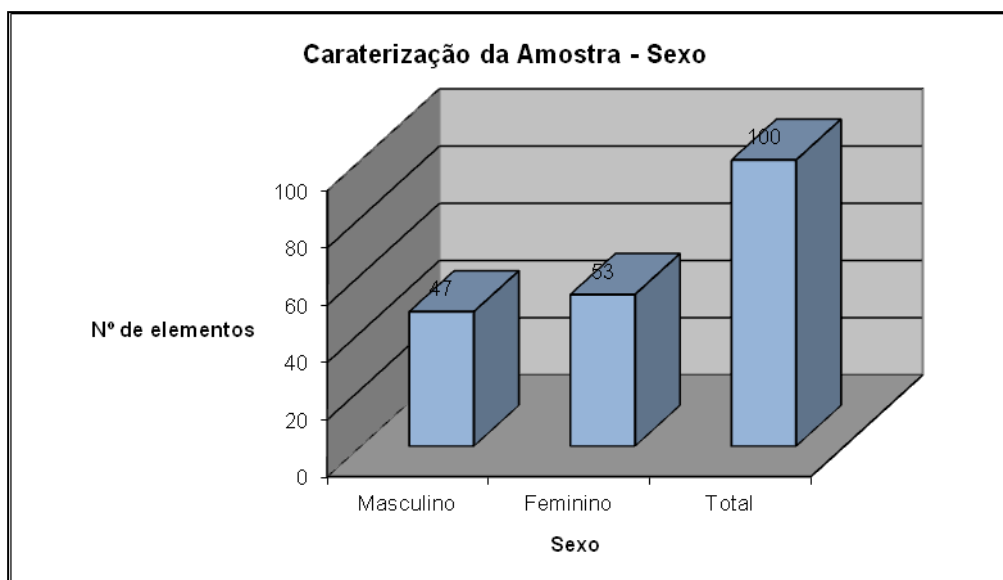
Sugestões	Reclamações
<ul style="list-style-type: none"><li>• “O Centro de Imagiologia deveria ter Visa.”</li><li>• “Deveria ser possível levantar exames ao fim-de-semana.”</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Demora excessiva para realização de exame.”</li><li>• “Falta de esclarecimento aos clientes do tempo de espera origina descontentamento e possíveis reclamações como esta.”</li><li>• “Demora no atendimento telefónico não justifica a má marcação de exames resultante nesta demora de 4 horas de espera; deveria ser efetuada de uma forma mais coordenada.”</li></ul>

Fonte: Elaboração própria

#### 4.4.1 Caraterização da amostra de Clientes questionados

A técnica de recolha de dados por questionário foi escolhida, como já foi referido, de forma a recolher dados sobre ao último ator que faltava estudar - o Cliente.

Escolheu-se esta técnica por permitir obter uma grande quantidade de dados de forma rápida e precisa. Como tal, a amostra que foi escolhida aleatoriamente caracteriza-se da seguinte forma:



**Gráfico 1. Caraterização da Amostra - Sexo**

Fonte: Output do software Excel.

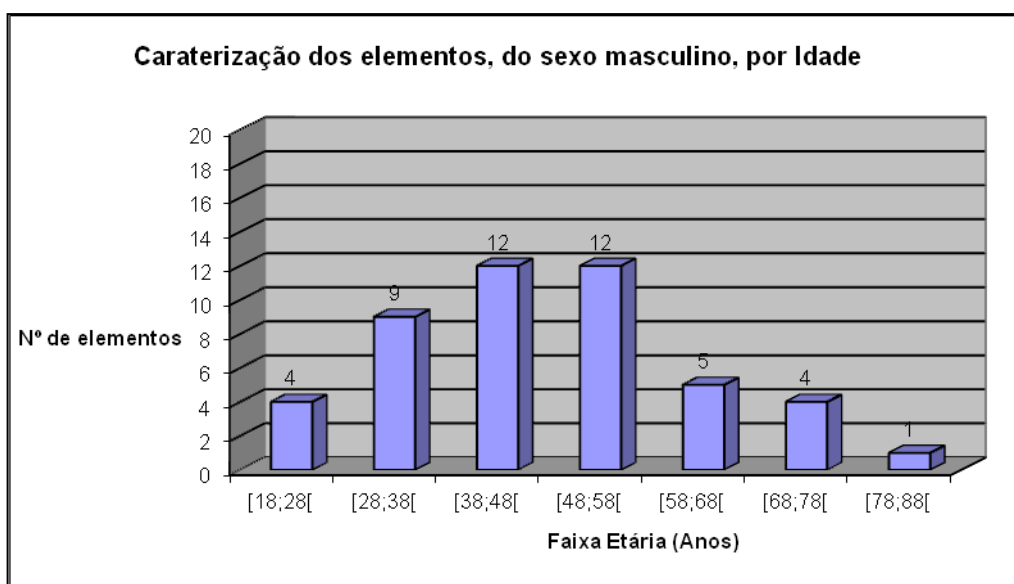
Conforme é apresentado no gráfico 1, do número total de elementos questionados (n=100) 47 são do sexo masculino e 53 do sexo feminino. Esta diferença

de valores deve-se ao fato de, apesar de a escolha ter sido aleatória, e na verificação prévia existirem mais candidatos do sexo feminino do que do sexo masculino, o equilíbrio na recolha tendeu sempre para um equilíbrio quanto aos sexos.

Este equilíbrio é importante tendo em consideração os objetivos da utilização destes questionários, que passa por perceber qual a satisfação dos clientes sem ter em conta o sexo.

Nos gráficos 2 e 3, é caracterizada a situação por idade e sexo.

Podemos constatar, no gráfico 2, que nos elementos do sexo masculino as classes etárias mais representativas são as classes dos 38 aos 48 anos e dos 48 aos 58 anos, ambas com 12 pessoas. A classe menos representativa é a dos 78 aos 88 anos, com uma pessoa.



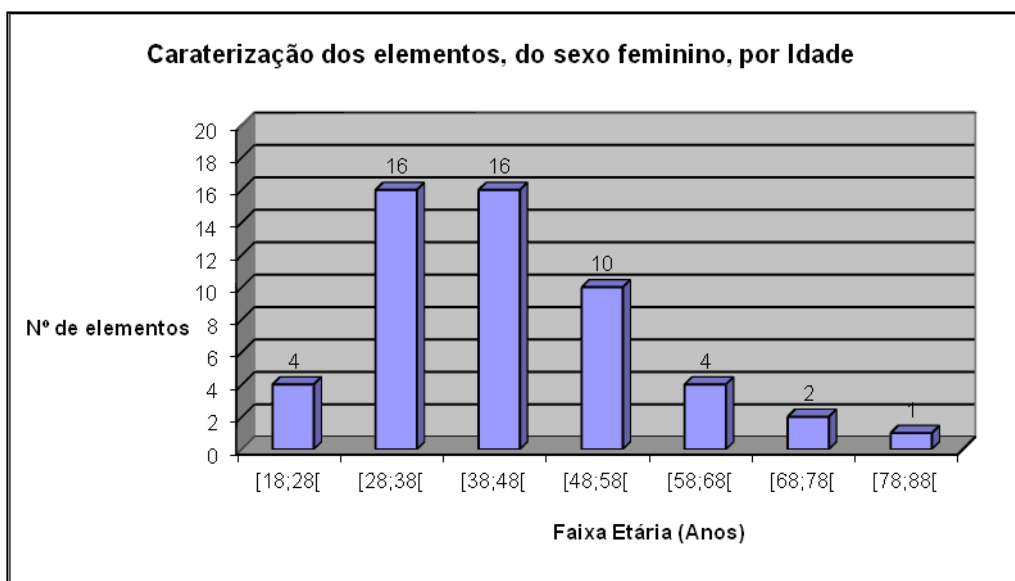
**Gráfico 2. Caracterização dos elementos do sexo masculino por Idade**

Fonte: *Output do software Excel.*

O gráfico 3 permite constatar que as classes etárias mais representativas são as classes dos 28 anos aos 38 anos e dos 38 anos aos 48 anos, ambas com 16 pessoas, sendo a classe dos 78 anos aos 88 anos a menos representativa, com uma pessoa.

Em suma constata-se que, em ambos os sexos, as classes etárias mais investigadas foram relativamente mais jovens: no caso dos homens (n=47) a classe modal (n=12) foi a classe dos 38 anos aos 48 anos e dos 48 anos aos 58 anos, e no caso das mulheres (n=53), a classe modal (n=16) foi a classe dos 28 anos aos 38 anos e dos 38 anos aos 48 anos.





**Gráfico 3. Caracterização dos elementos do sexo feminino por Idade**

Fonte: *Output do software Excel.*

#### **4.4.2 Caracterização da Satisfação dos clientes**

Tendo em consideração a quantidade de dados que se obtiveram através desta será de referir que o seu processamento se efectuou de forma exaustiva, tendo-se chegado aos resultados que são apresentados seguidamente. Efectuaram-se dois processamentos distintos relativamente à Satisfação dos clientes:

- Satisfação global – apuramento, em percentagem, do total de respostas alcançadas no determinado nível com o grau de avaliação total de respostas alcançadas nos questionários (número de respostas=2500).

- Satisfação por questão – apuramento, em percentagem, total de respostas alcançadas no determinado nível com o grau de avaliação total de questionados em cada questão (n=100).

##### **4.4.2.1 Caracterização da Satisfação global dos clientes**

A tabela 6 apresenta os valores base utilizados na estatística descritiva ao nível da Satisfação global.

Na primeira coluna, da tabela 6, encontram-se os graus de avaliação que foram utilizados para classificar as 25 questões de cada questionário, sendo a classificação mais baixa o “Muito Fraco” e a classificação mais alta o “Muito Bom”.

A segunda coluna, da tabela 6, (valores de “xi”) representa a codificação dos graus de avaliação em valores nominais para efeitos estatísticos.

**Tabela 6**

***Apresentação da tabela de frequência para Satisfação Global***

<b>Apresentação da tabela de frequência para Satisfação Global</b>								
<b>Grau de avaliação</b>	<b>xi</b>	<b>fi</b>	<b>fri</b>	<b>Fi</b>	<b>Fri</b>	<b>fixi</b>	<b>(xi-média)<sup>2</sup></b>	<b>fi(xi-média)<sup>2</sup></b>
<i>Muito Fraco</i>	1	5	0,002	5	0,20	5	10,89	54,45
<i>Fraco</i>	2	60	0,024	65	2,60	120	5,29	317,40
<i>Sem opinião</i>	3	208	0,083	273	10,92	624	1,69	351,52
<i>Bom</i>	4	1137	0,455	1410	56,40	4548	0,09	102,06
<i>Muito Bom</i>	5	1090	0,436	2500	100	5450	0,49	534,10
<b>Total</b>	-	2500	1	-	-	10747	18,45	1359,57

Fonte: Elaboração própria

A terceira coluna (valores “fi”) representa a frequência absoluta das respostas (frequência de cada resposta em cada grau de avaliação). A quarta coluna (“fri”) representa a frequência relativa das respostas (é o quociente entre a frequência absoluta do valor da variável e o número total de observações, n), permitindo assim a comparação de dados de dimensões diferentes). As colunas seguintes da mesma tabela, intituladas de valores “Fi” (frequência absoluta acumulada) e “Fri” (frequência relativa acumulada) obtêm-se adicionando as frequências absolutas e relativas, respetivamente, até ao valor considerado da variável estatística (Cunha *et al.*, 2007).

A coluna “fixi” contém os cálculos auxiliares que visam chegar à média, não sendo mais do que uma verdadeira codificação dos graus de avaliação com os valores nominais estatísticos. Tendo a média como valor base de trabalho, procede-se aos cálculos apresentados, nas colunas finais da tabela, com o objetivo de determinar os valores de variância e desvio padrão.

Como tal, nas tabelas seguintes, encontram-se os valores de tendência central, de localização relativa e de dispersão.

A tabela 7 apresenta as seguintes medidas de tendência central:

**Tabela 7**

***Medidas de tendência central***

<b>Medidas de tendência central</b>	
<b>Média</b>	4,3
<b>Moda</b>	4
<b>Mediana</b>	4

Fonte: Elaboração própria

- O valor da média traduz o quociente resultante do somatório dos valores de “fi.xi” com o valor total de respostas obtidas (número de respostas de 2500), sendo ele de 4,3;

- O valor da moda define qual é o grau representativo do maior número de respostas obtidas, sendo na nossa tabela de frequências o valor 4, equivalente ao grau de avaliação “Bom”;

- O valor da mediana indica onde se encontra o valor de 50% de “n”, pelo que, considerando a tabela de frequências facilmente se corresponde com o grau de avaliação “Bom”.

Na tabela 8, estão apresentados os resultados de localização relativa:

**Tabela 8**

**Medidas de tendência relativa**

<b>Medidas de tendência relativa</b>	
<b>Mínimo</b>	5
<b>Máximo</b>	1137
<b>Amplitude</b>	1132

Fonte: Elaboração própria

- Os valores de máximo e mínimo representam os valores extremos da amostra de respostas (número de respostas de 2500), sendo, neste caso, pela observação da tabela de frequências, 1137 e 5 respectivamente, demonstrando uma amplitude de 1132.

Na tabela 9, estão apresentados os resultados das medidas de dispersão:

**Tabela 9**

**Medidas de dispersão**

<b>Medidas de Dispersão</b>	
<b>Variância</b>	0,54
<b>Desvio Padrão</b>	0,73
<b>Distribuição Simetria</b>	0,41
<b>Coefficiente de Variação</b>	0,17

Fonte: Elaboração própria

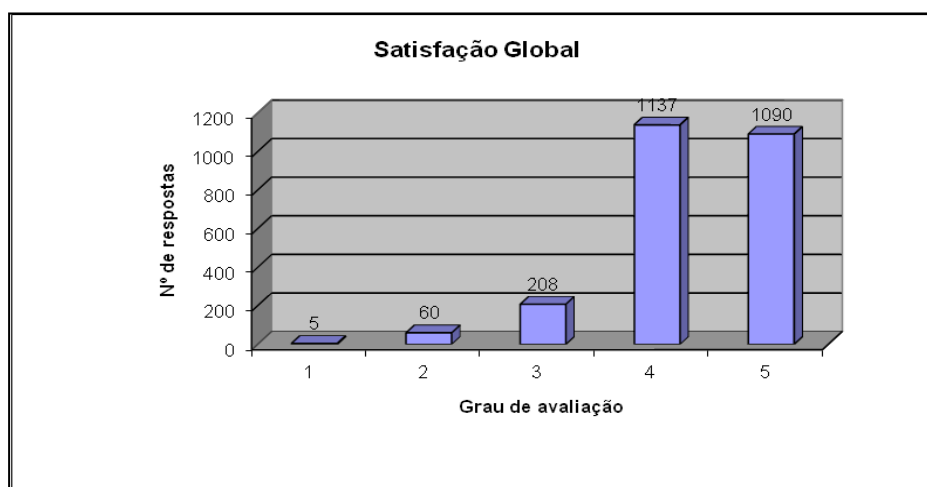
- O valor da variância é um suporte para o cálculo do desvio padrão, sendo obtido através da soma dos quadrados dos desvios relativamente à média; o seu valor é de 0,54 obtido pelo quociente entre 1359,57 (total da última coluna da tabela 27) e 2500 (xi de observações).

- O valor do desvio padrão, de 0,73, é calculado através da raiz quadrada da variância e informa sobre a qualidade com que a média representa os dados. Um elevado desvio padrão significa que as observações se distanciam da média, sendo este portanto, uma má representação dos dados. No nosso caso, o desvio padrão é baixo, pelo que se pode inferir que a dispersão em relação à média é reduzida e, portanto, ela representa bem os dados.

- O valor de distribuição de simetria permite classificar o tipo de simetria que existe, sendo obtida através da razão entre, a diferença da média e da moda com o desvio padrão; sendo esse valor de 0,41, pode afirmar-se que é uma simetria equilibrada.

- O valor de coeficiente de variação calcula-se pelo quociente entre o desvio padrão e a média, sendo neste caso de 0,17.

Em suma pelas medidas estatísticas constatadas, podemos sugerir ao nível da satisfação global com base nas respostas obtidas (2500), cerca de 89% delas (2227, conforme gráfico 4) tende para os graus de avaliação de “Bom e Muito Bom” confirmando um nível de Satisfação bastante elevado (para estes cálculos existe uma margem de erro de +/- 3 pontos percentuais com um intervalo de [4,27;4,33] para um grau de confiança de 95%). De referir que cerca de 8% das respostas dadas (208) centraram-se no item “Sem opinião/Não responde” e cerca de 3% (62) recaíram no “Fracó” e “Muito Fraco”.



**Gráfico 4. Satisfação global**

Fonte: Output do software Excel.

#### 4.4.2.2 Caraterização da Satisfação dos clientes por questão individual

Efetuar uma avaliação horizontal, ou seja, de cada uma das 25 para o total dos questionados é fundamental, ou seja, para se poderem tirar conclusões mais precisas e detalhadas.

O gráfico 5, e relativo à questão “Prestação de Serviços na Recepção”, revela que das 95% das pessoas questionadas consideram essa prestação como “Bom” ou “Muito Bom” confirmando um nível de Satisfação bastante elevado com esse serviço.

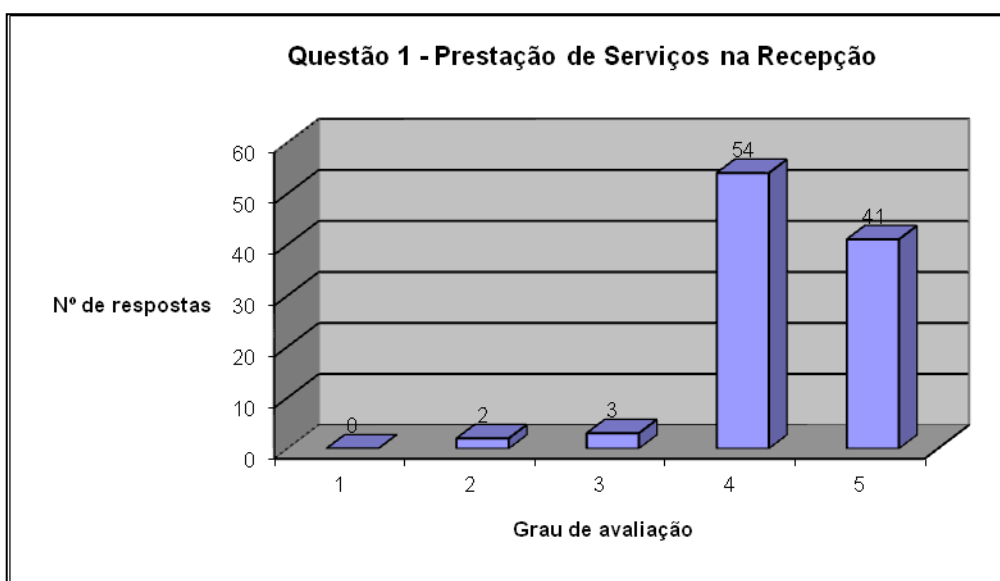
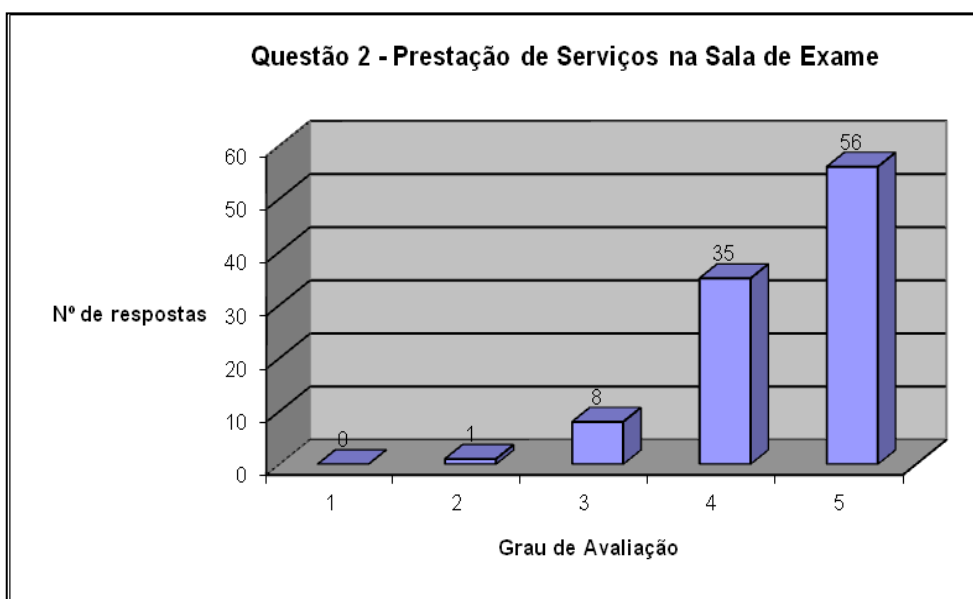


Gráfico 5. Questão 1 - Prestação de Serviços na Recepção

Fonte: Output do software Excel.

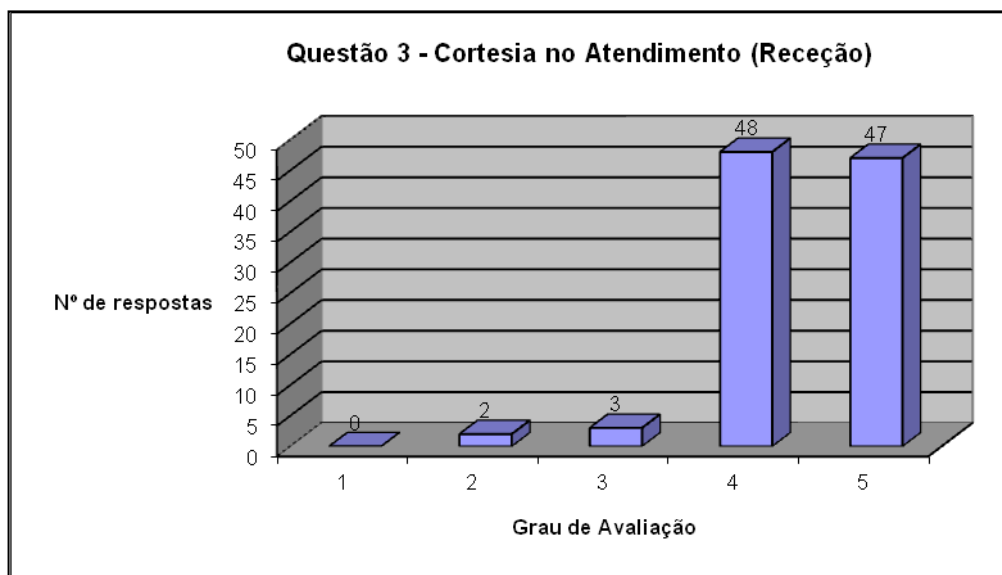
Relativamente à questão “Prestação de Serviços na Sala de Exame”, os resultados são idênticos aos anteriores: mais de metade (56%) dos inquiridos considera este serviço como “Muito Bom” e cerca de um terço (35%) rotulam-no de “Bom”. De referir que cerca de 8% dos inquiridos não emitiram opinião sobre esta questão.

Estes valores confirmam também um nível de Satisfação bastante elevado com estes serviços (Gráfico 6).



**Gráfico 6. Questão 2 - Prestação de Serviços na sala de Exame**

Fonte: *Output do software Excel.*



**Gráfico 7. Questão 3 – Cortesia no Atendimento (Receção)**

Fonte: *Output do software Excel.*

Quando questionadas sobre “Cortesia no atendimento Receção” as pessoas são também contundentes: 95% das respostas coincidem com a “Bom” e “Muito Bom” confirmando, mais uma vez um nível de Satisfação bastante elevado. No entanto é de referir também que cerca de 5% das respostas recaíram no “Fraco” ou “ Sem opinião/Não responde” (Gráfico 7).

Quanto à questão “Cortesia no Atendimento (Sala de Exame)”, os resultados revelam também um nível de Satisfação bastante elevado: 90% das respostas

centraram-se nas avaliações de “Bom” e “Muito Bom”. Cerca de 9% dos inquiridos preferiu não emitir opinião. (Gráfico 8)

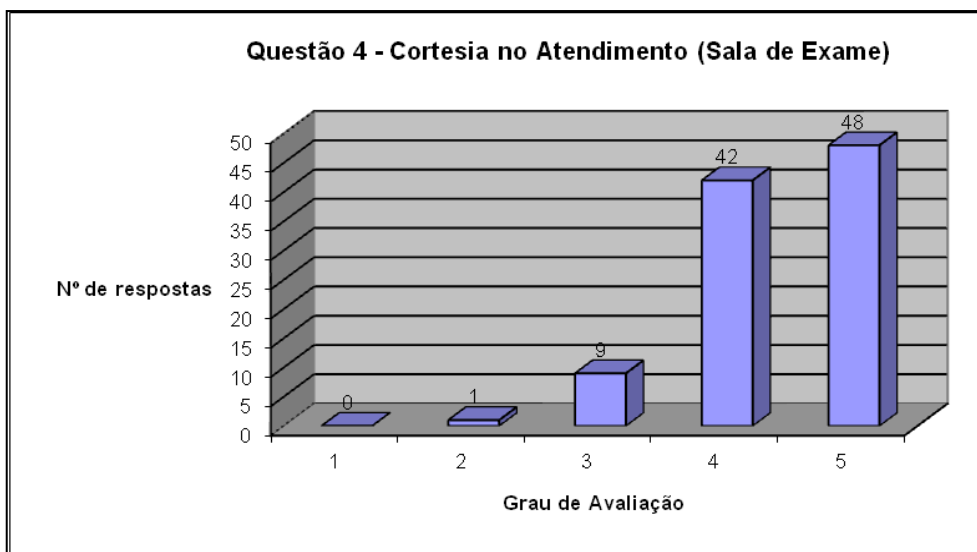


Gráfico 8. Questão 4 - Cortesia no Atendimento (Sala de Exame)

Fonte: Output do software Excel.

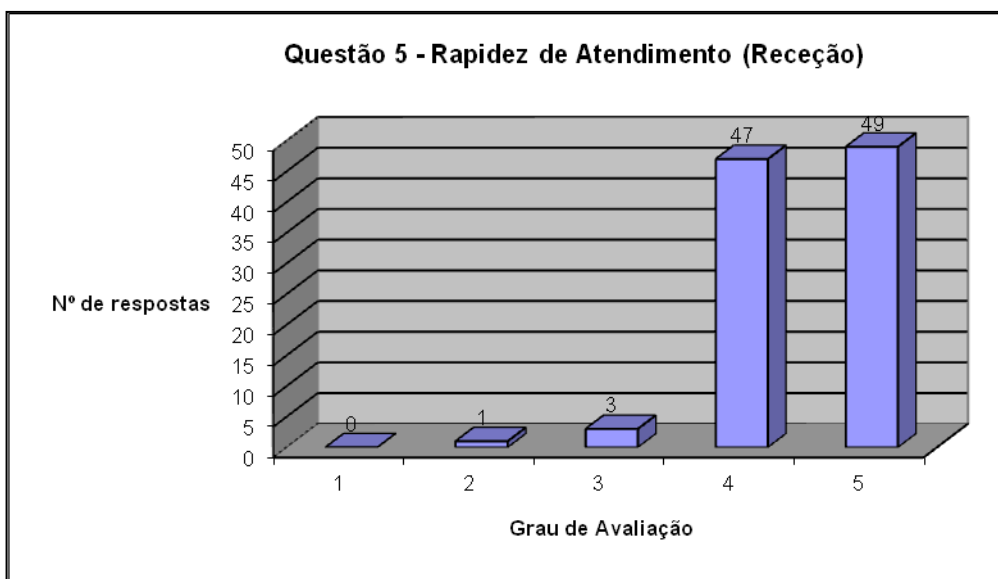
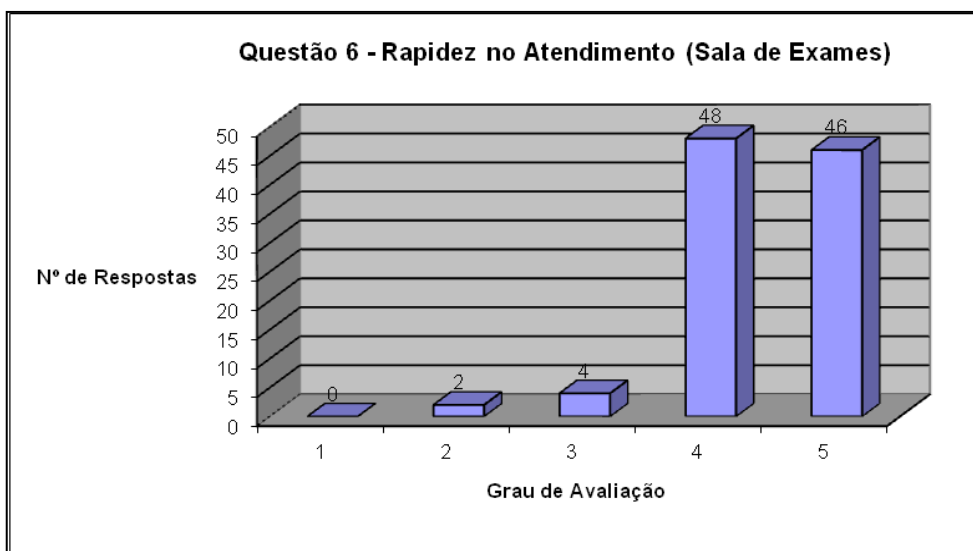


Gráfico 9. Questão 5 - Rapidez no Atendimento (Receção)

Fonte: Output do software Excel.

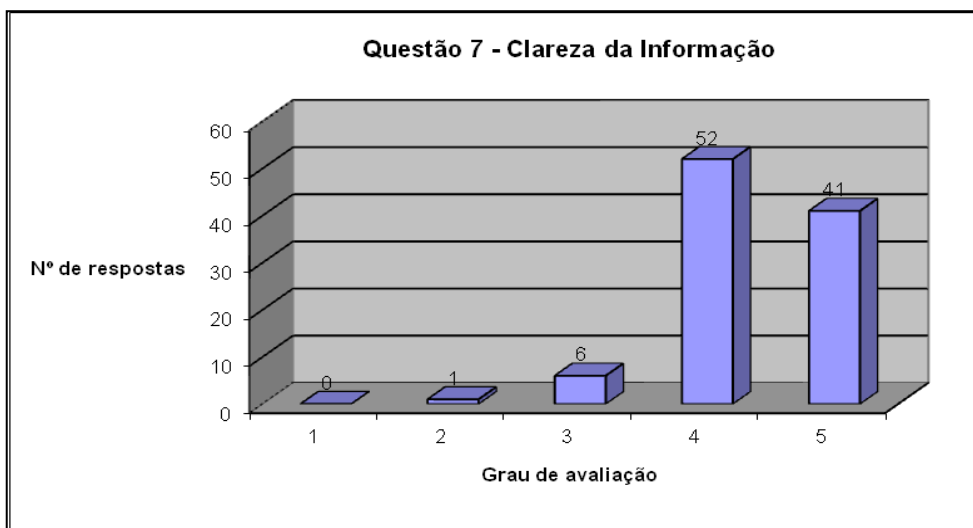
Quando questionadas sobre “Rapidez de Atendimento” seja na Receção (Gráfico 9) ou na Sala de Exame (Gráfico 10), as pessoas continuam a assumir níveis de Satisfação bastante elevados. Em qualquer dos locais a rapidez de atendimento é esmagadoramente (muito acima dos 90% dos casos) considerada como “Bom” e “Muito Bom”. De referir que cerca de 3% e 4% dos inquiridos não emitiram opinião sobre esta questão, na receção e na sala de exames respetivamente. Nesta última, 2% das pessoas consideram “Fraco”.



**Gráfico 10. Questão 6 - Rapidez no Atendimento (Sala de Exames)**

Fonte: *Output do software Excel.*

No que concerne às questões relacionadas com a informação, as respostas confirmam na senda das anteriores, afirmando níveis de Satisfação muito elevados. À questão “Clareza de Informação”, 93% das pessoas responderam com “Bom” e “Muito Bom” (gráfico 11). De referir que 6% dos inquiridos não responderam.

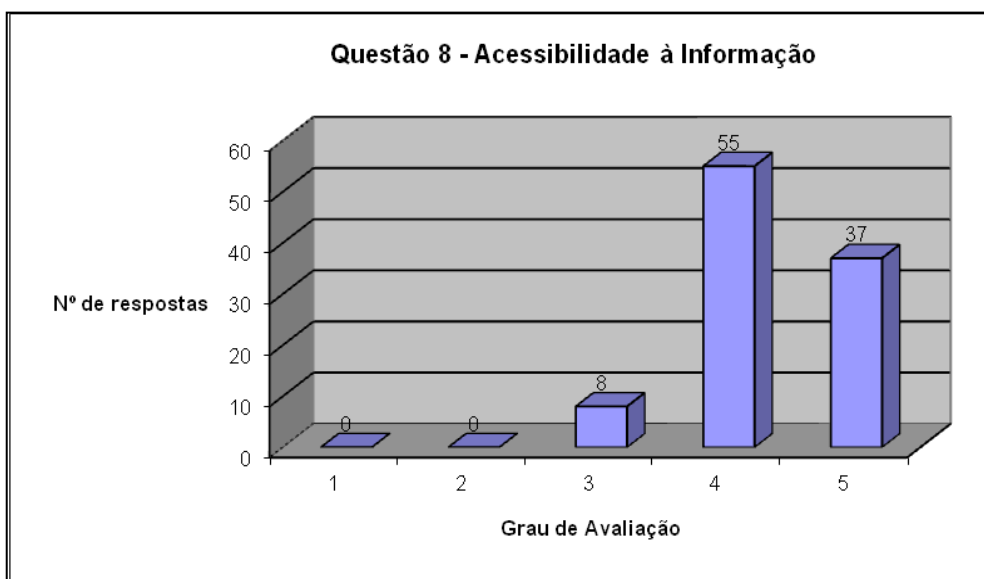


**Gráfico 11. Questão 7 - Clareza da Informação**

Fonte: *Output do software Excel.*

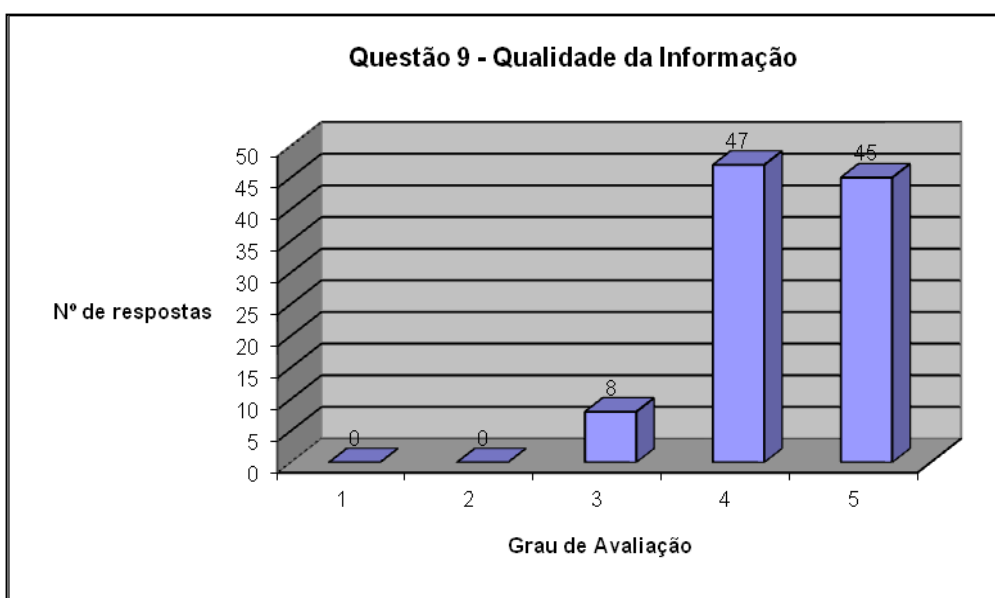
À questão “Acessibilidade à Informação”, 92% respostas coincidem com “Bom” e “Muito Bom” (gráfico 12). De salientar que 8% dos inquiridos não emitiram opinião.





**Gráfico 12. Questão 8 - Acessibilidade à Informação**

Fonte: *Output do software Excel.*

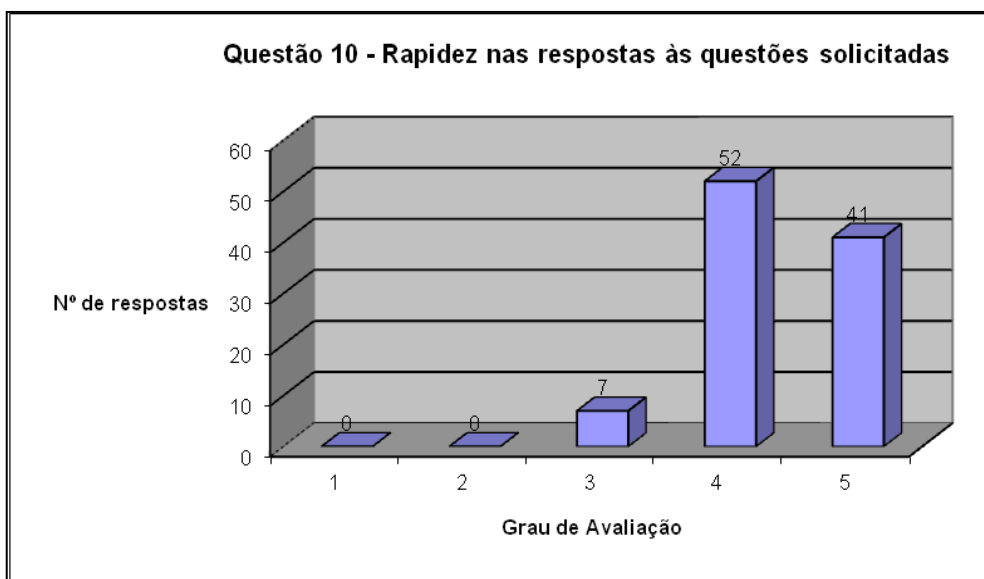


**Gráfico 13. Questão 9 - Qualidade da Informação**

Fonte: *Output do software Excel.*

À questão “Qualidade da Informação”, também 92% das respostas avaliaram-na como “Bom” e “Muito Bom”, embora 8% das pessoas preferiram não emitir opinião.

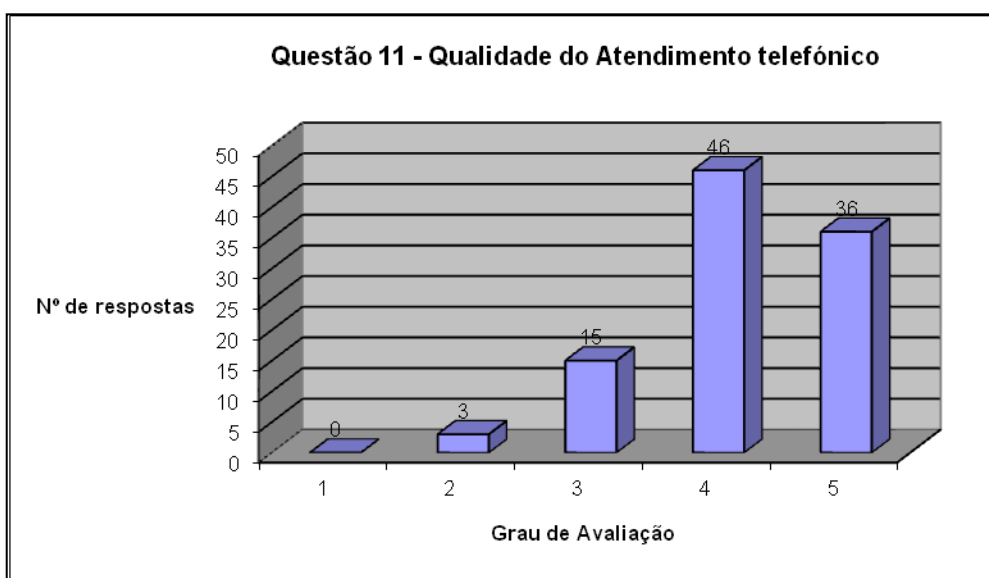
Quando questionadas sobre a “Rapidez nas respostas às questões solicitadas”, as pessoas são também assertivas e atribuíram grandes níveis de satisfação: mais de 90% das respostas continuam nos níveis mais elevados (gráfico 14). De salientar que 7% dos inquiridos não emitiram opinião.



**Gráfico 14. Questão 10 - Rapidez nas respostas às questões solicitadas**

Fonte: *Output do software Excel.*

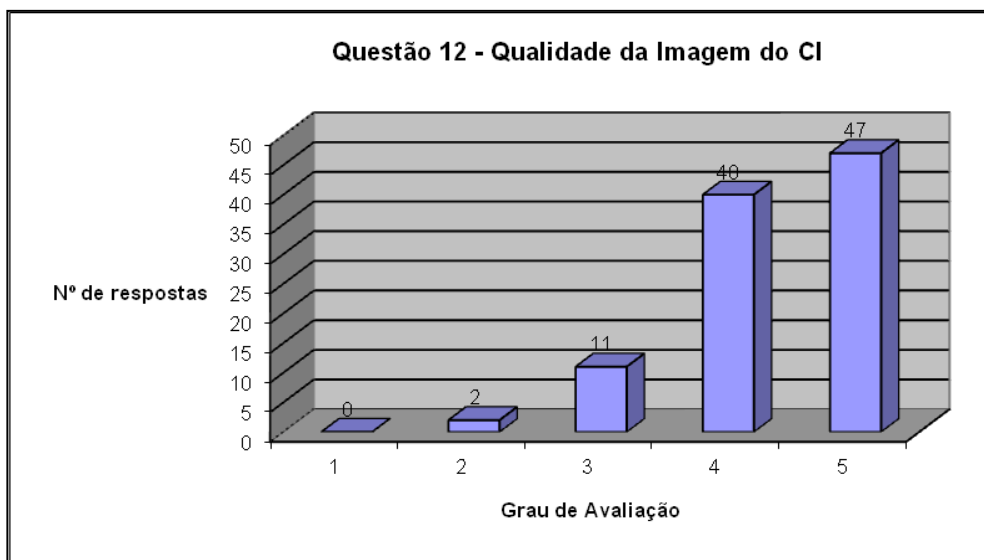
Quando questionadas sobre o atributo Qualidade, as pessoas, embora revelem ainda níveis muito altos de satisfação, respondem com níveis de satisfação inferiores aos antecedentes. Assim, no que diz respeito à “Qualidade do atendimento Telefónico”, ela para menos de 90% dos casos (86%) foi classificada como “Bom” e “Muito Bom” (gráfico 15). Importa referir que 15% dos inquiridos não emitir opinião e 3% classificam esta qualidade como “Fraco”.



**Gráfico 15. Questão 11 - Qualidade do atendimento Telefónico**

Fonte: *Output do software Excel.*

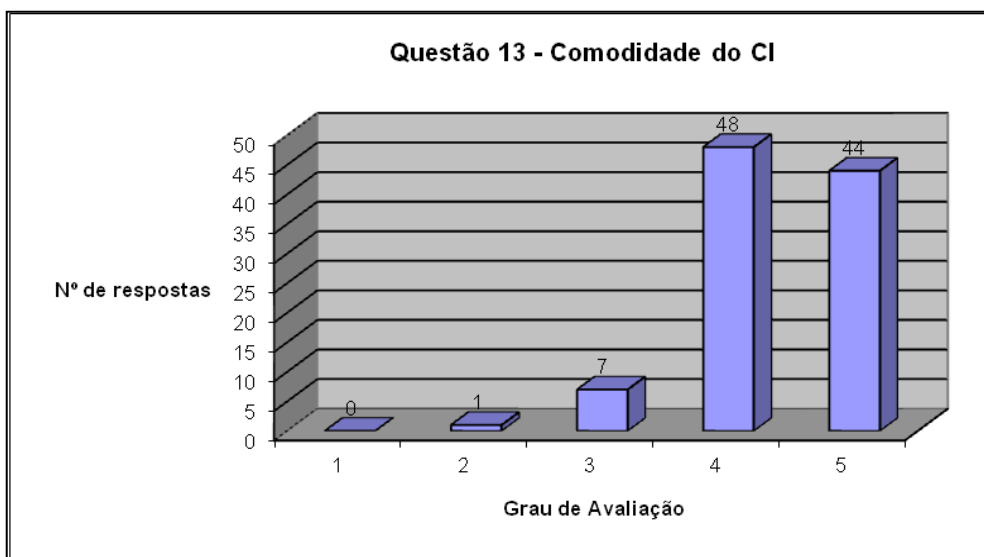
Quanto à “Qualidade da Imagem do CI”, ela foi avaliada como “Bom” e “Muito Bom” em 87% dos casos (gráfico 16), mas em 11% dos casos as pessoas não emitiram opinião e em 2% classificaram-na como “Fraco”.



**Gráfico 16. Questão 12 - Qualidade da Imagem do CI**

Fonte: *Output do software Excel.*

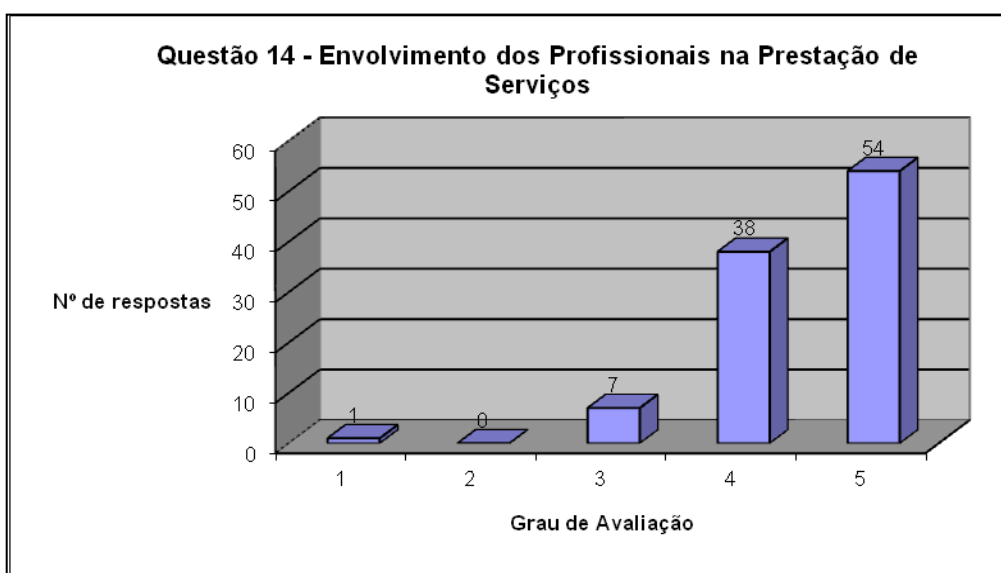
Para a “Comodidade do CI”, os níveis de Satisfação voltam a subir: 92% das respostas classificam-na como “Bom” e “Muito Bom” (gráfico 17). De referir que 7% das pessoas não emitiram opinião.



**Gráfico 17. Questão 13 - Comodidade do CI**

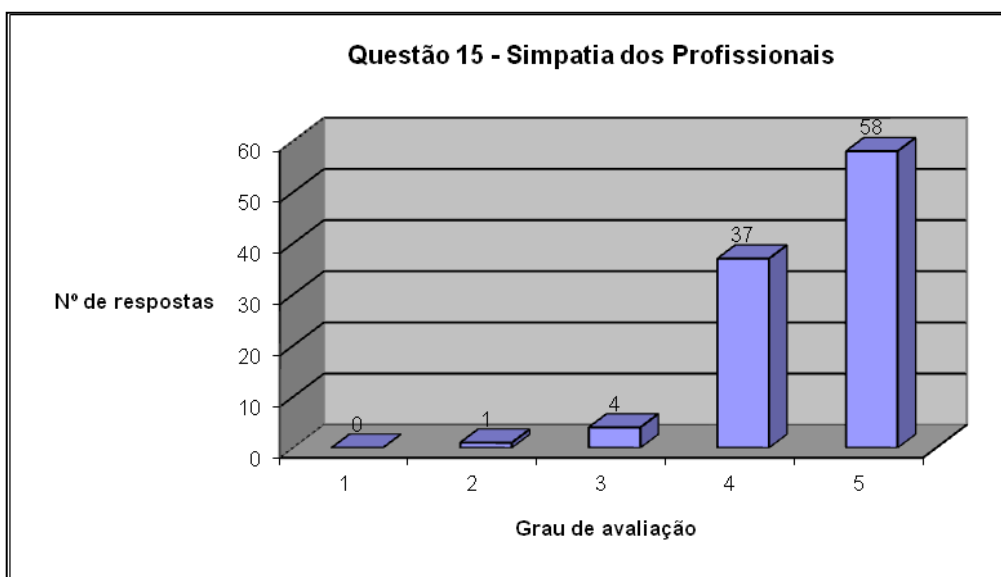
Fonte: *Output do software Excel.*

Relativamente às questões relacionadas com os Profissionais do CI, nomeadamente quanto ao “Envolvimento dos Profissionais na Prestação de Serviços” e “Simpatia dos Profissionais”, as percentagens de respostas nos dois níveis mais elevados de satisfação situaram-se também acima dos 90% dos casos: 92% e 95%, respectivamente, de respostas com avaliação de “Bom” e “Muito Bom” (gráficos 18 e 19).



**Gráfico 18. Questão 14 - Envolvimento dos Profissionais na Prestação de Serviços**

Fonte: *Output do software Excel.*

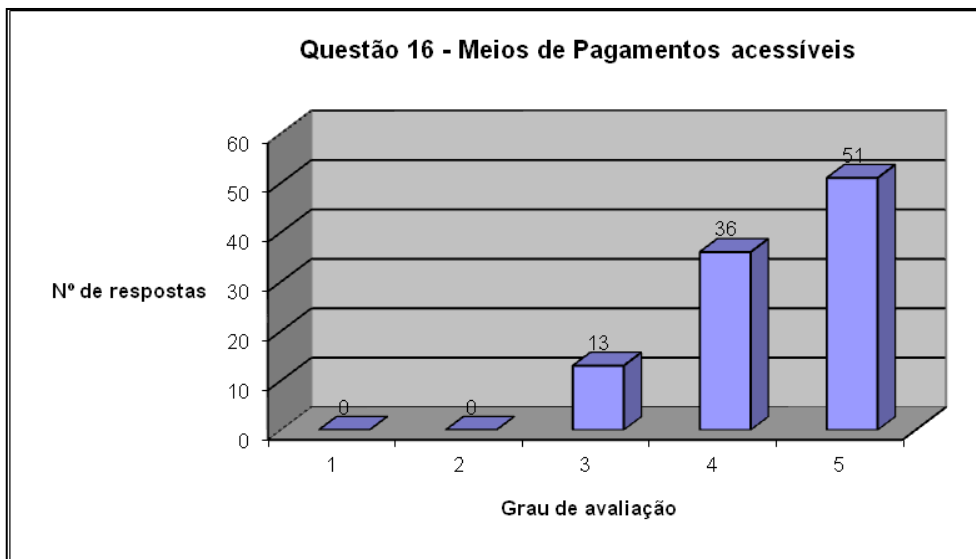


**Gráfico 19. Questão 15 - Simpatia dos Profissionais**

Fonte: *Output do software Excel.*

No que se refere à questão “Meios de Pagamentos acessíveis”, conclui-se que existe um valor de 87% respostas centra-se na avaliação “Bom” e “Muito Bom”

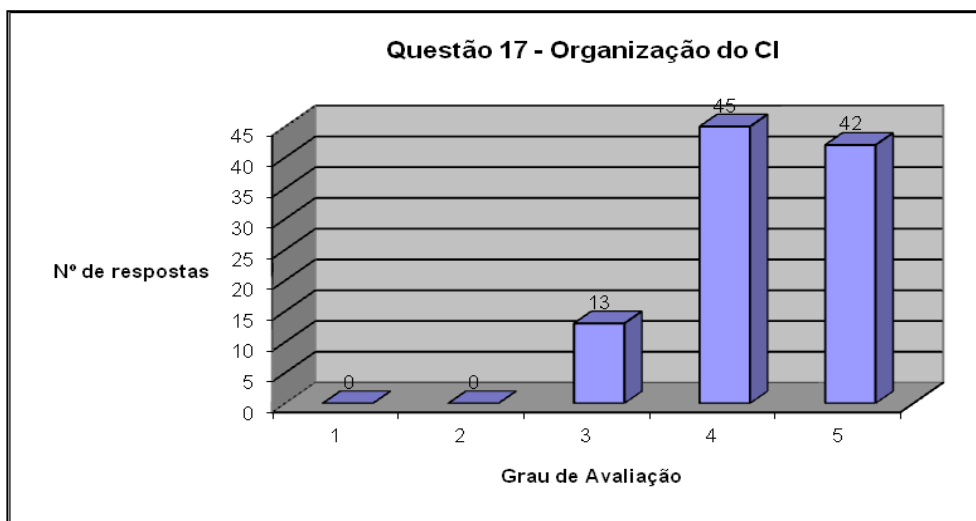
revelando ainda um nível de Satisfação bastante elevado. De notar que 13% dos inquiridos não emitiram opinião (gráfico 20).



**Gráfico 20. Questão 16 - Meios de Pagamentos acessíveis**

Fonte: *Output do software Excel.*

A “Organização do CI”, foi alvo também de um nível de avaliação idêntico: 87% respostas centraram-se nos graus de avaliação de “Bom” e “Muito Bom” confirmando um nível de Satisfação bastante elevado. Também neste item, 13% dos inquiridos preferiram não emitir opinião.

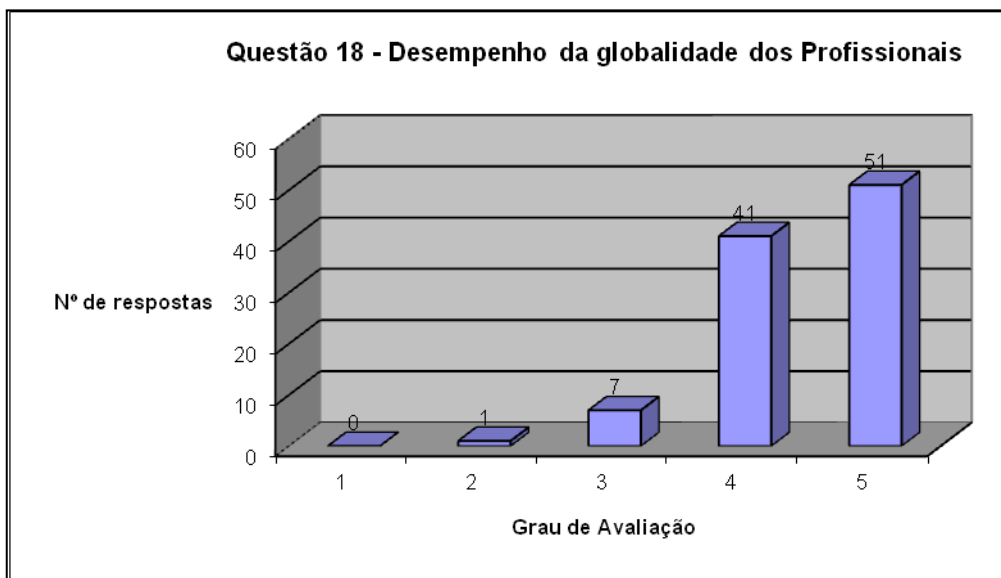


**Gráfico 21. Questão 17 - Organização do CI**

Fonte: *Output do software Excel.*

Na resposta à questão “Desempenho da globalidade dos Profissionais”, conclui-se pela existência de, em 92% dos casos, os graus de avaliação de “Bom” e “Muito

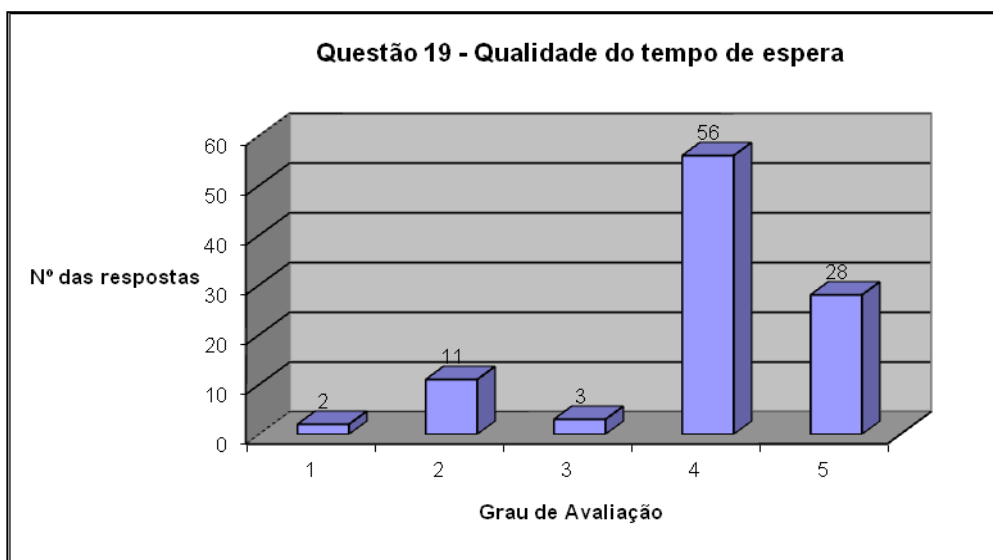
Bom”, confirmando-se um nível de Satisfação bastante elevado. De referir que 7% dos inquiridos não quis emitir opinião sobre o assunto.



**Gráfico 22. Questão 18 - Desempenho da globalidade dos Profissionais**

Fonte: *Output do software Excel.*

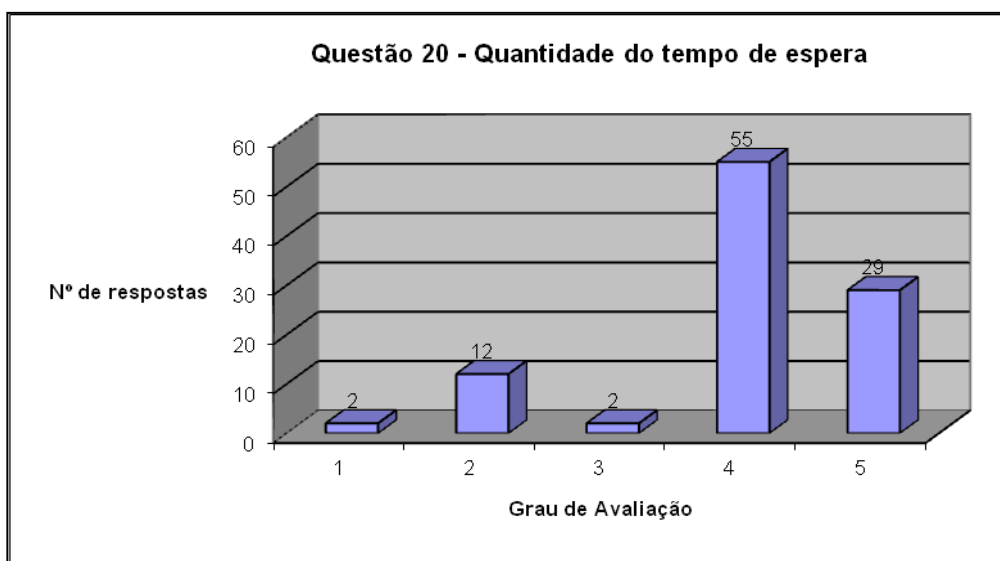
Quando questionadas sobre os tempos de espera, as pessoas revelam níveis de satisfação inferiores embora ainda elevados: só 76% das respostas se concentram no “Bom” e “Muito Bom” quanto à “Qualidade do tempo de espera” (gráfico 23) e 84% também nos mesmos graus quanto à “Quantidade do tempo de espera” (gráfico 24).



**Gráfico 23. Questão 19 - Qualidade do tempo de espera**

Fonte: *Output do software Excel.*

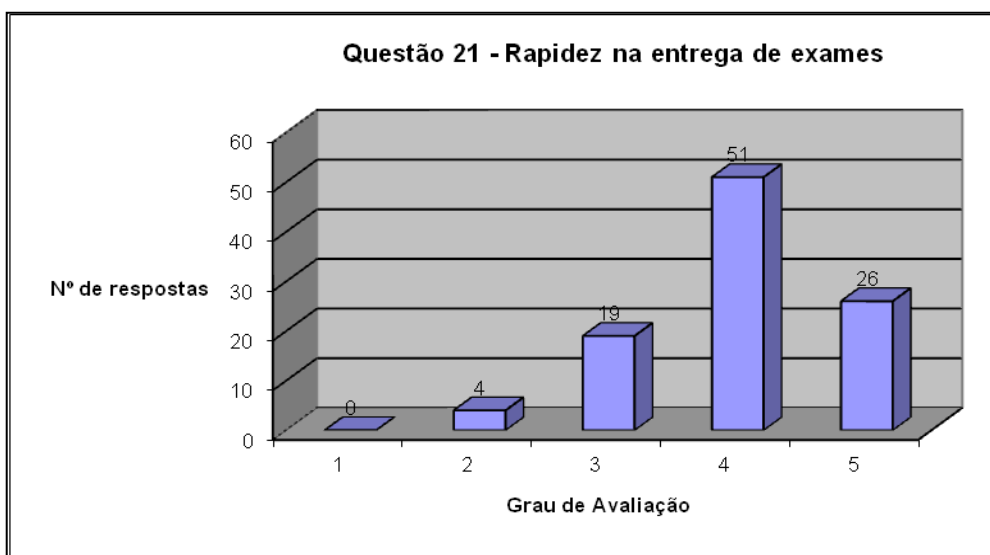
De salientar que 13% e 14% dos inquiridos classificaram, respectivamente a “Qualidade” e “Quantidade” do tempo de espera com respostas negativas (“Fraco” e “Muito Fraco”).



**Gráfico 24. Questão 20 - Quantidade do tempo de espera**

Fonte: *Output do software Excel.*

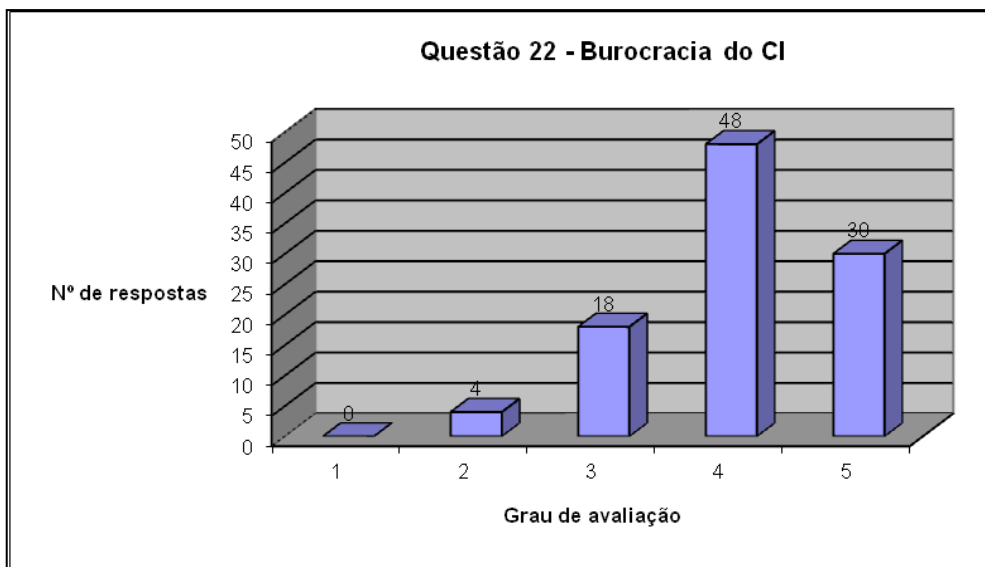
Os resultados também revelam níveis de satisfação relativamente mais baixos (embora ainda elevados) em relação à questão “Rapidez na entrega dos exames”: 77% das respostas recaíram na avaliação “Bom” e “Muito Bom”, 19% preferiram não responder e 4% classificaram como “Fraco” (gráfico 21).



**Gráfico 25. Questão 21 - Rapidez na entrega dos exames**

Fonte: *Output do software Excel.*

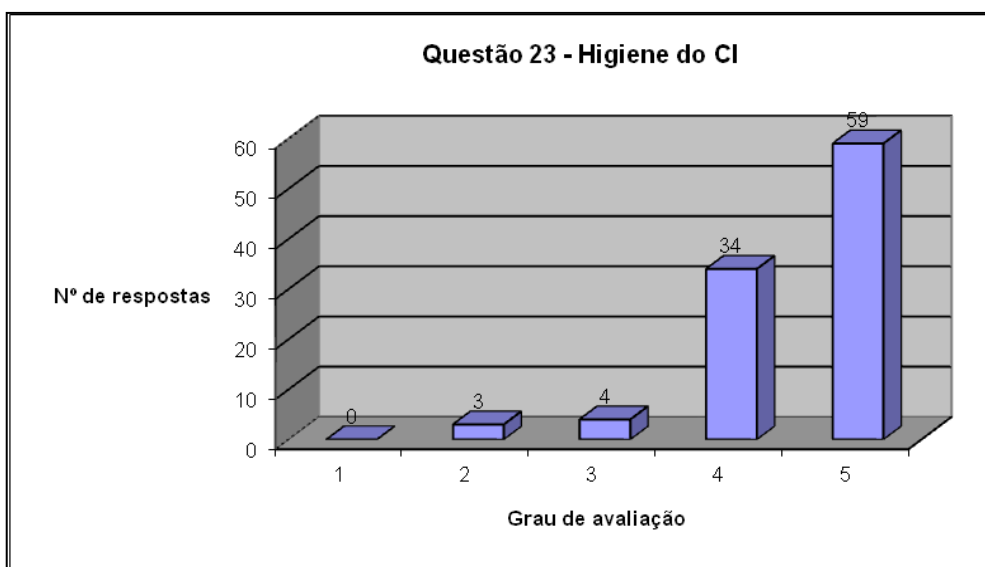
Também quanto à questão “Burocracia do CI” os resultados revelam um nível de satisfação elevado mas relativamente mais baixos, com 78% das respostas a concentrarem-se nas avaliações mais elevadas (“Bom” e “Muito Bom”), 18% não responderam e 4% classificaram de “Fraco” (gráfico 26).



**Gráfico 26. Burocracia do CI**

Fonte: *Output do software Excel.*

Os níveis de satisfação voltam a subir quando as pessoas são confrontadas com as questões relacionadas com higiene e acessibilidades. Assim, quanto à questão “Higiene do CI” 93% das respostas reflectem uma avaliação de “Bom” e “Muito Bom” (gráfico 27).

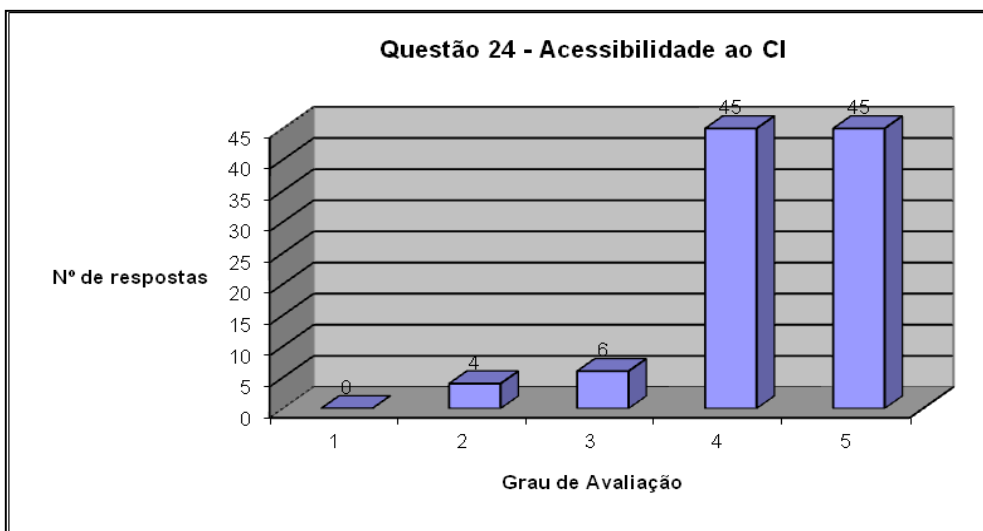


**Gráfico 27. Questão 23 - Higiene do CI**

Fonte: *Output do software Excel.*



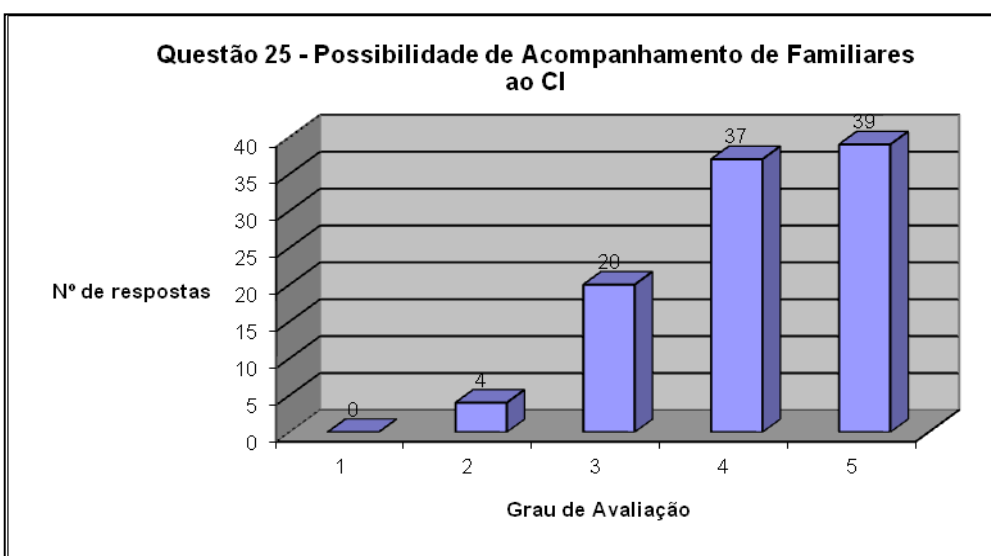
Enquanto 90% das respostas classificam como “Bom” e “Muito Bom” a “Acessibilidade do CI”. De referir que 10 % das pessoas não quiseram responder sobre o assunto e 6% classificam-na como sendo “Fraco”.



**Gráfico 28. Questão 24 - Acessibilidade ao CI**

Fonte: *Output do software Excel.*

Por fim, relativamente à questão “Conhecimento da possibilidade de acompanhamento de familiares” conclui-se que 76% das respostas coincidiram nas avaliações “Bom” e “Muito Bom”, confirmando um nível de satisfação relativamente mais baixo, embora ainda elevado. De salientar que 20% das pessoas não quiseram emitir opinião sobre o assunto.



**Gráfico 29. Questão 25 - Possibilidade de acompanhamento de Familiares ao CI**

Fonte: *Output do software Excel.*

Em suma, pode observar-se que, relativamente a cada questão, o nível de Satisfação dos clientes é muito elevado.

No entanto, uma análise mais pormenorizada, em algumas questões revela observar que, apesar do nível alto de satisfação da maioria das pessoas, ainda existe algum trabalho pela frente, pois níveis “Muito fraco” e “ Fraco” são consideráveis em alguns itens:

- A “Qualidade do tempo de espera” – 13% no nível “Fraco” e “Muito Fraco”
- A “Quantidade do tempo de espera” - 14% no nível “Fraco” e “Muito Fraco”

No caso da questão “Conhecimento da Possibilidade de acompanhamento de Familiares” é de referir também os significativos de 20% de respostas no nível “Sem opinião/Não responde”, podendo isso indiciar a necessidade de uma melhor divulgação do assunto inerente à questão.

Relativamente, à “Acessibilidade ao CI” constata-se que 10% das pessoas inquiridas classificaram este item como “Fraco” e “Sem opinião/Não responde”, podendo isso querer dizer que este assunto necessita de verificação.

Quanto à “Rapidez na entrega de exames”, 4% dos inquiridos classificaram-na de “Frac” e 19% não quis responder, o que poderá indiciar também alguma necessidade de verificação.

A tabela 10 apresenta algumas estatísticas descritivas ao nível da Satisfação do cliente por questão. Ela faz salientar os valores relativamente altos das médias (situados entre o “Bom” e “Muito Bom”) e relativamente baixos dos desvios padrões, traduzindo uma dispersão relativamente reduzida.

De notar também que só existem três questões com médias inferiores a 4 (embora muito próximos dele), precisamente a questão 19 “Qualidade do tempo de espera global”, a questão 20 “Quantidade do tempo de espera” e a questão 21 “Rapidez na entrega de exame”. Quanto às médias mais elevadas, elas dizem respeito às questões “Higiene no Centro de Imagiologia” e “Simpatia dos profissionais do Centro de Imagiologia”.

Tabela 10

Tabela de valores estatísticos, por questão

Tabela de valores estatísticos, por questão			
Questão	Média	Variância	Desvio Padrão
1	4,34	0,41	0,64
2	4,46	0,17	0,41
3	4,4	0,42	0,65
4	4,37	0,57	0,75
5	4,4	0,37	0,61
6	4,38	0,89	0,94
7	4,33	0,41	0,64
8	4,29	0,37	0,61
9	4,37	0,92	0,96
10	4,34	0,37	0,61
11	4,15	0,61	0,78
12	4,32	0,56	0,75
13	4,35	0,43	0,65
14	4,44	0,51	0,71
15	4,52	0,39	0,62
16	4,38	0,5	0,71
17	4,29	0,45	0,67
18	4,42	0,38	0,62
19	3,97	0,94	0,97
20	3,97	0,98	0,99
21	3,99	0,62	0,79
22	4,04	0,64	0,8
23	4,84	0,51	0,71
24	4,31	0,58	0,76
25	4,11	0,74	0,86

Fonte: Elaboração própria

#### **4.5. Síntese do capítulo**

Este capítulo ocupou-se do tratamento da informação e da apresentação de resultados, estando estruturado em três partes: apresentação dos resultados da Observação, tratamento das Entrevistas com a respetiva análise de conteúdo e apresentação do tratamento dos Questionários.

Começou-se por caracterizar a forma como a Observação foi feita, o meio onde esta foi realizada e o tempo que demorou. Daí retiraram-se algumas ilações importantes que possibilitaram uma melhor compreensão do funcionamento do Centro de Imagiologia, nomeadamente ao nível dos processos e de como estes influenciam os colaboradores e os clientes. Fatores chaves como a motivação, a quantidade de exames, a comunicação, os equipamentos e os procedimentos intradepartamentais e interdepartamentais, foram abordados e considerados fulcrais para os bons desempenhos. Os resultados da Observação foram o ponto de partida para a formulação das questões para as Entrevistas e para os Questionários.

Em seguida, exploraram-se as Entrevistas. Esta fase começou pela caracterização da amostra dos entrevistados (sexo, função e participação), seguindo-se a apresentação dos temas abordados bem como a sua análise através da técnica de análise de conteúdo. A informação foi determinante para a realização de uma análise prospetiva.

Por fim, exploraram-se os Questionários começando-se por caracterizar estatisticamente a amostra dos clientes por sexo e idade. O principal objetivo da utilização de questionários foi avaliar a satisfação dos clientes, tendo-se para isso efetuado duas análises: uma avaliação global de Satisfação e uma avaliação da Satisfação por questão colocada.

Estas avaliações permitiram concluir que, globalmente, os níveis de Satisfação são bastante elevados (89%), sendo, em paralelo, as questões que abordaram os tempos de espera aquelas que despoletaram um maior desagrado da parte dos clientes.

**Capítulo 5:**  
**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS**  
**RESULTADOS: METODOLOGIA MACTOR**

## **5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: METODOLOGIA MACTOR**

A análise dos resultados deste trabalho é efetuada com base na metodologia MACTOR.

Esta metodologia, conforme referido anteriormente, tem seis etapas tendo cada uma delas um dado objetivo subjacente.

### **5.1. Metodologia MACTOR**

#### **5.1.1. Primeira Etapa - Quadro estratégico de atores**

O quadro de estratégia de atores (Quadro 22) é estruturado de forma a cruzar os quatro atores que são objeto de estudo no Centro de Imagiologia dos Hospital da Luz: a Coordenação do Departamento, os Médicos de Imagiologia, os Técnicos de Imagiologia e os Clientes.

Os quadrantes que cruzam a linha e a coluna de um mesmo ator (p.e. coordenação x coordenação) são os quadrados que contêm a informação mais detalhada, sobre a sua identidade. Os restantes quadrantes traduzem a ação de um ator sobre outro, fazendo ressaltar (p.e. Técnicos x Médicos), pontos de concordância ou de discordância entre eles. É este jogo de cruzamentos que serão identificados e surgirão os desafios estratégicos e os objetivos a eles associados (Godet,1993, 2006, 2008).

Para uma mais clara operacionalização da metodologia os atores são codificados de A1 a A4.

Quadro 22

Quadro estratégico de Atores do CI do Hospital da Luz

Quadro estratégico de Atores do CI do Hospital da Luz				
	Coordenação (A1)	Médicos (A2)	Técnicos (A3)	Clientes (A4)
Coordenação (A1)	<p><u>Objetivo:</u> Manter o prestígio do Centro de Imagiologia</p> <p><u>Problemas:</u> Equipamentos Salários Satisfação Investimentos Investigação Gestão de Qualidade Gestão de conflitos</p> <p><u>Meios:</u> Motivação Formação Horário Publicidade Fidelização do cliente</p>	<p><u>Faz pressão para:</u> - Relatórios em menos tempo; - Mais formação externa; - Mais disponibilidade; - Tempo de espera menor;</p>	<p><u>Faz pressão para:</u> - Execução de maior quantidade de exames; - Homogeneização da qualidade de execução; - Mais disponibilidade; - Prémios; - Tempo de espera menor;</p>	<p><u>Faz pressão para:</u> - Feedback; - Promoção de rastreios; - Informação; - Preservação da Intimidade;</p>
Médicos (A2)	<p><u>Reclamam:</u> - Protecionismo; - Prémios; - Redução de horário; - Condições laborais;</p>	<p><u>Objetivo:</u> Interpretação dos dados para um correto diagnóstico.</p> <p><u>Problemas:</u> - Horário por turnos - Horário carregado - Emergências - Gestão emocional - Gestão de conflitos - Equipamentos</p> <p><u>Meios:</u> - Equipamentos - Formação externa - Investigação - Descanso</p>	<p><u>Reclamam:</u> - Boa execução; - Gerir conflitos; - Protecionismo;</p>	<p><u>Reclamam:</u> - Assegurar a atenção do cliente; - Promover a disponibilidade; - Fazer o acompanhamento do doente; - Informação; - Gerir emocional;</p>
Técnicos (A3)	<p><u>Reclamam:</u> - Prémios; - Redução de horário; - Compreensão; - Condições laborais; - Formação; - Partilha de Informação; - Rotatividade do horário;</p>	<p><u>Reclamam:</u> - Compreensão; - Gestão de conflitos; - Formação;</p>	<p><u>Objetivo:</u> Execução de exames para um correto diagnóstico.</p> <p><u>Problemas:</u> - Horário por turnos - Horário carregado - Emergências - Gestão emocional - Gestão de conflitos - Equipamentos - Salários</p> <p><u>Meios:</u> - Equipamentos - Formação - Investigação - Descanso</p>	<p><u>Procuram:</u> - Assegurar a atenção do cliente; - Promover da disponibilidade; - Fazer o acompanhamento do doente; - Informar; - Gestão emocional;</p>
Clientes (A4)	<p><u>Reclamam:</u> - Redução de preços; - Redução de tempo de espera; - Promoção de actividades para crianças; - Compreensão; - Igualdade na acessibilidade;</p>	<p><u>Reclamam:</u> - Cortesia no atendimento; - Redução do tempo de espera; - Facilidade na Comunicação; - Diagnóstico rápido; - Igualdade de tratamento;</p>	<p><u>Reclamam:</u> - Cortesia no atendimento; - Redução do tempo de espera; - Facilidade na comunicação; - Promoção da Segurança e do esclarecimento; - Igualdade;</p>	<p><u>Objetivo:</u> Ser bem servido.</p> <p><u>Problemas:</u> - Tempo de espera - Emergências - Gestão emocional</p> <p><u>Meios:</u> - Exigência - Poder Financeiro</p>

Fonte: Elaboração própria adaptado Godet (1993, 2006, 2008)

### 5.1.2. Segunda Etapa - Identificar os desafios estratégicos e os objetivos associados

Através de uma leitura atenta e refletida da tabela anterior, identificam-se os desafios estratégicos que os atores terão de enfrentar.

Estes desafios estratégicos consubstanciam objetivos a atingir e, conseqüentemente, convergências e divergências entre atores (alianças e conflitos). Ou seja, para cada desafio estratégico existirão objetivos de execução que permitirão perceber que tipo de relação existirá entre os atores.

O Quadro 23, apresenta os desafios estratégicos identificados "DE", e os objetivos a eles associados "O":

Quadro 23

**Desafios Estratégicos e Objectivos Associados**

<b>Desafios Estratégicos e Objectivos Associados</b>	
<b>Desafio Estratégico (DE)</b>	<b>Objectivos (O)</b>
<b>DE1</b> – Otimizar a execução dos serviços.	<b>O1</b> – Rever os tempos de exames. <b>O2</b> – Promover a comunicação entre profissionais. <b>O3</b> – Rever protocolos e procedimentos técnicos.
<b>DE2</b> – Melhorar o tempo de espera.	<b>O4</b> – Reorganizar a marcação de exames. <b>O5</b> – Rever as condições de tempo de espera. <b>O6</b> – Manter e promover o esclarecimento do Cliente.
<b>DE3</b> – Otimizar a qualidade dos serviços.	<b>O7</b> – Planear a formação dos profissionais. <b>O8</b> – Implementar reuniões regulares para análise de casos clínicos. <b>O9</b> – Promover o <i>Feedback</i> de desempenho.
<b>DE4</b> – Promover a Investigação Científica.	<b>O10</b> – Criar um gabinete de Investigação. <b>O11</b> – Promover a relação com as Instituições de Ensino Superior, de Saúde e Empresas.
<b>DE5</b> – Otimizar as condições laborais dos profissionais.	<b>O12</b> – Criar e regulamentar uma carreira profissional. <b>O13</b> – Rever o horário de trabalho. <b>O14</b> – Rever a escala de trabalho. <b>O15</b> – Promover o acompanhamento psicológico. <b>O16</b> – Rever as políticas de Motivação.

Fonte: Elaboração própria adaptado Godet (1993, 2006, 2008)



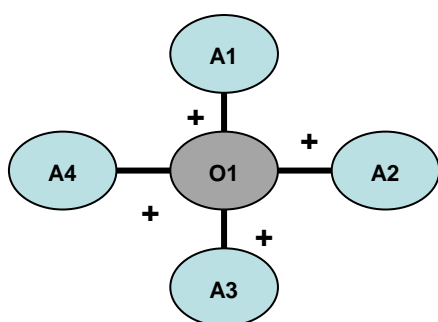
Os cinco desafios estratégicos aqui identificados espelham os aspetos essenciais das necessidades do Centro de Imagiologia. Importa referir que, se conseguiram isolar esses aspetos essenciais, também através da conjugação da utilização dos instrumentos de pesquisa utilizados (análises documental e bibliográfica, observação, entrevistas e questionários).

### 5.1.3. Terceira Etapa - Posicionamento de cada ator em cada objetivo: Convergências e Divergências

“As relações entre atores relativamente a cada objetivo podem ser apresentadas sob a forma de um grafo de posições. (...) é preciso construir todos os grafos associados a cada objetivo estratégico (...) permitindo uma representação matricial (MAO, Matriz de atores e Objetivos) que resuma num só quadro o conjunto desses grafos”. Godet (1993)

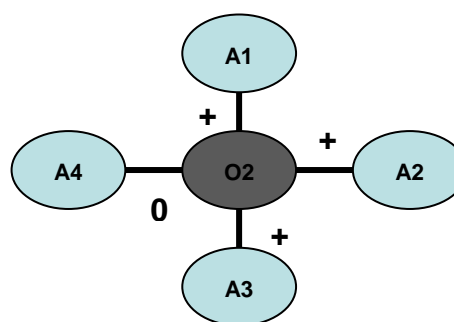
Os diagramas seguintes representam a relação de cada objetivo com cada ator, estando essas relações representadas por “+” para uma relação favorável, “-“ para uma relação desfavorável e “0” para uma relação neutra.

As figuras 4 e 5 representam os diagramas relativos ao objetivo O1 (Rever os tempos de exame) e ao objetivo O2 (Promover a comunicação entre profissionais) respetivamente:



**Figura 4.** Rever os tempos de exame.

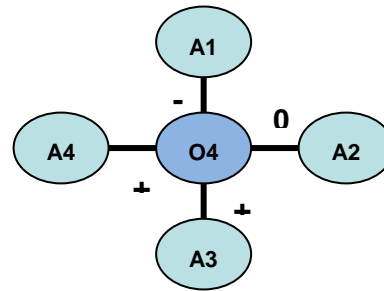
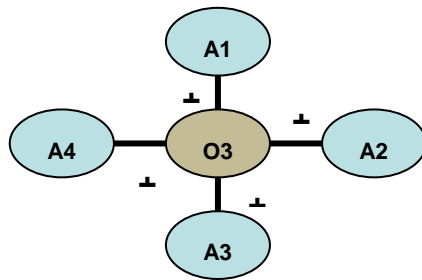
Fonte: Elaboração própria.



**Figura 5.** Promover a comunicação entre profissionais.

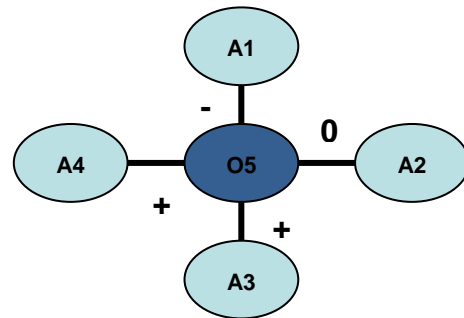
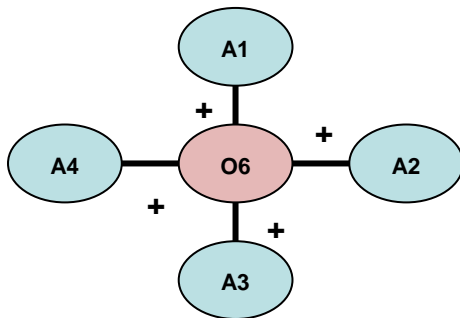
Fonte: Elaboração própria.

As figuras 6 e 7 representam os diagramas relativos ao objetivo O3 (Rever protocolos e Procedimentos) e ao objetivo O4 (Rever a organização da marcação de exames) respetivamente:



**Figura 6. Rever protocolos e procedimentos** **Figura 7. Rever a organização da marcação de exames.**  
Fonte: Elaboração própria. Fonte: Elaboração própria.

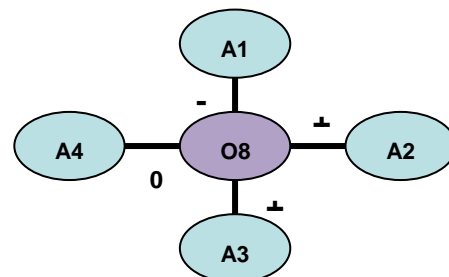
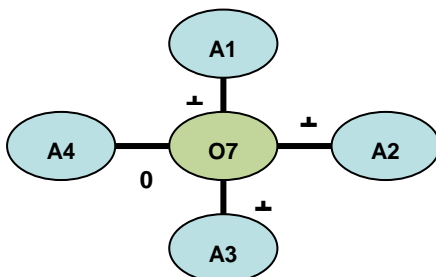
As figuras 8 e 9 representam os diagramas relativos ao objetivo O5 (Melhorar as condições do tempo de espera) e ao objetivo O6 (Manter e promover o esclarecimento do Cliente) respetivamente:



**Figura 8. Melhorar as condições do tempo de espera.**  
Fonte: Elaboração própria.

**Figura 9. Manter e promover o esclarecimento do cliente.**  
Fonte: Elaboração própria.

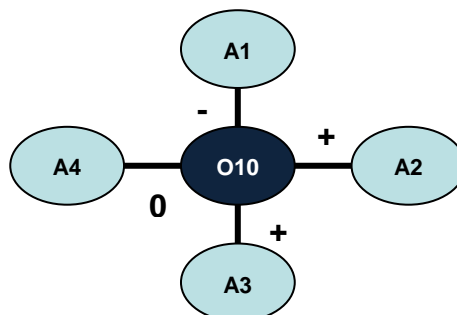
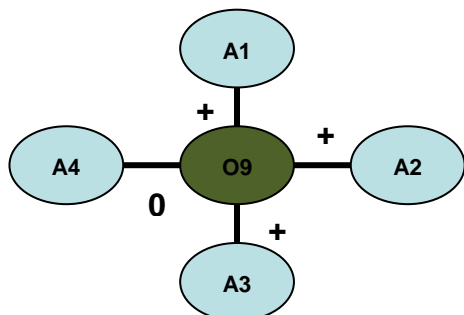
As figuras 10 e 11 representam os diagramas relativos ao objetivo O7 (Planear a formação dos profissionais) e ao objetivo O8 (Implementar reuniões regulares para análise de casos clínicos), respetivamente:



**Figura 10. Planear a formação dos profissionais.** **Figura 11. Implementar reuniões regulares para análise de casos clínicos.**  
Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Elaboração própria.

As figuras 12 e 13 representam os diagramas relativos ao objetivo O9 (Promover o *Feedback* de desempenho) e ao objetivo O10 (Criação de um gabinete de Investigação), respetivamente:

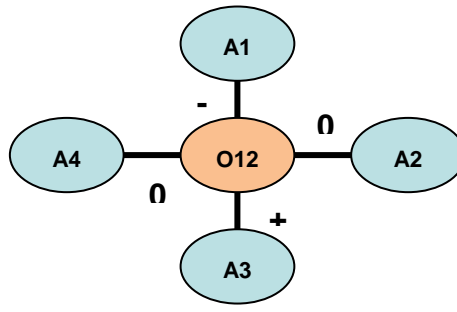
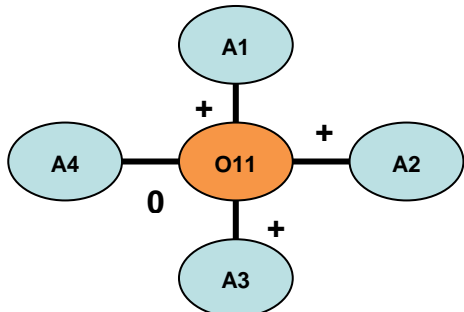


**Figura 12. Promover *feedback* de desempenho**      **Figura 13. Criação de um gabinete de Investigação.**

Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Elaboração própria.

As figuras 14 e 15 representam os diagramas relativos ao objetivo O11 (Promover a relação com as Instituições de Ensino Superior, de Saúde e Empresas) e ao objetivo O12 (Criar e regulamentar uma carreira profissional), respetivamente:



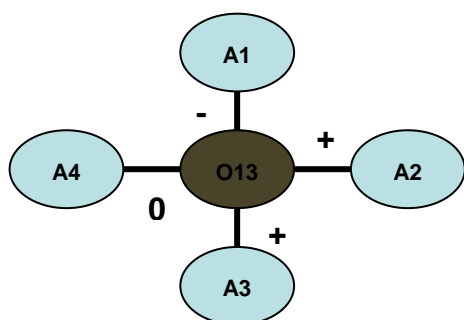
**Figura 14. Promover a relação com as Instituições de Ensino Superior, de Saúde e Empresas.**

Fonte: Elaboração própria.

**Figura 15. Criar e regulamentar uma carreira profissional.**

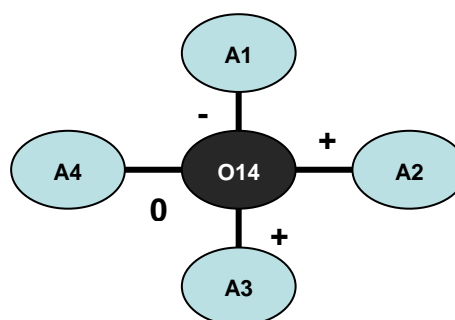
Fonte: Elaboração própria.

As figuras 16 e 17 representam os diagramas relativos ao objetivo O13 (Rever o horário de trabalho) e ao objetivo O14 (Rever a escala de trabalho), respetivamente:



**Figura 16.** Rever o horário de trabalho.

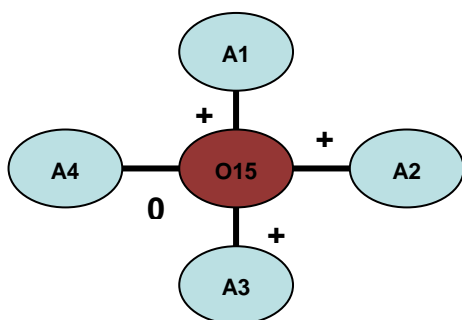
Fonte: Elaboração própria.



**Figura 17.** Rever a escala de trabalho.

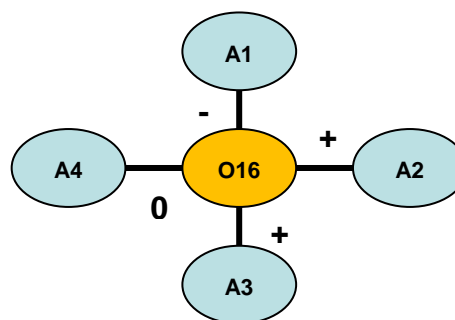
Fonte: Elaboração própria.

As figuras 18 e 19 representam os diagramas relativos ao objetivo O15 (Promover o acompanhamento psicossocial) e ao objetivo O16 (Rever as políticas de Motivação), respetivamente:



**Figura 18.** Promover acompanhamento psicossocial.

Fonte: Elaboração própria.



**Figura 19.** Rever as políticas de Motivação.

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 11 agrega o resultado do conjunto dos 16 diagramas representados, estando os objetivos representados em coluna e os atores em linha.

As três últimas linhas traduzem o somatório dos valores de concordância, de discordância e de posicionamento. A última coluna, por sua vez, traduz o grau de envolvimento dos atores. Assim, globalmente podem afirmar-se que o A4 (Clientes) se encontra apenas interessado em 5 dos 16 objetivos, sendo que A1 (Coordenação) e A3 (Técnicos) se encontram envolvidos nos 16 objetivos propostos. A2 (Médicos) encontra-se envolvido em 13 dos 16 objetivos (embora o envolvimento de A1, ao contrário de A3, nem sempre seja no mesmo sentido manifestando-se contra metade dos objetivos).

Por outro lado, podemos constatar uma concordância entre atores em apenas três do total de objetivos (O1 – rever tempos de exame; O3 – rever protocolos e procedimentos; O6 – Manter e promover o esclarecimento do cliente), sendo que é no O12 (Criar e regulamentar uma carreira profissional) onde existe menos consenso.

Em termos de discordância de objetivos, constata-se que ela se manifesta mais acentuadamente em metade deles. Com efeito, os objetivos O4 (Rever a organização da marcação de exames), O5 (Melhorar as condições do tempo de espera), O8 (Implementar reuniões para análise de casos clínicos), O10 (Criação de uma gabinete de Investigação), O13 (Rever o horário de trabalho), O14 (Rever a escala de trabalho), O16 (Rever as políticas de motivação), são os que apresentam maiores discordâncias com duas manifestações a favor e uma contra.

Tabela 11

MAO - Matriz de posições simples (Atores x Objetivos)

1MAO	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16	Absolute sum
A1	1	1	1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	1	-1	-1	-1	1	-1	16
A2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13
A3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
A4	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Number of agreements	4	3	4	2	2	4	3	2	3	2	3	1	2	2	3	2	
Number of disagreements	0	0	0	-1	-1	0	0	-1	0	-1	0	-1	-1	-1	0	-1	
Number of positions	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	

Fonte: output do software Mactor.

#### 5.1.4. Quarta Etapa – Hierarquizar os objetivos e recensear as táticas possíveis

“Para cada par de atores é interessante precisar o número de convergências e divergências quanto aos objetivos” (Godet, 1993).

A forma de melhor obter tais resultados passa por se efetivar uma multiplicação da tabela anterior pela sua transposta, resultando numa Matriz de Alianças e Conflitos (MAA – Matriz Atores x Atores). Segundo Alvarenga (2001) “estas matrizes fornecem-nos uma primeira aproximação à análise da convergência/divergência do posicionamento dos atores perante os objetivos e da posição globalmente convergente/divergente de determinado ator em relação ao sistema”. Para motivos de melhor percepção separou-se a MAA em CAA (Convergências Atores x Atores) e em DAA (Divergências Atores x Atores) com os respetivos grafos.

Analisando a tabela 12 e a figura 20 pode concluir-se que os atores que apresentam mais convergências entre si (n=13) são os A2 (Médicos) e A3 (Técnicos) sendo que os que menos convergem entre si (n=3) são os atores A1 (Coordenação) e A2 (Médicos) com o A4 (Clientes). A coordenação (A1) apresenta alguma convergência (n=8) com os médicos (A2) e técnicos (A3) sendo que os clientes (A4) é o que menos converge com os outros atores (n<6).

Tabela 12

CAA - Matriz de convergências (Atores x Atores)

1CAA	A1	A2	A3	A4
A1	0	8	8	3
A2	8	0	13	3
A3	8	13	0	5
A4	3	3	5	0
Number of convergences	19	24	26	11

© LIPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor.

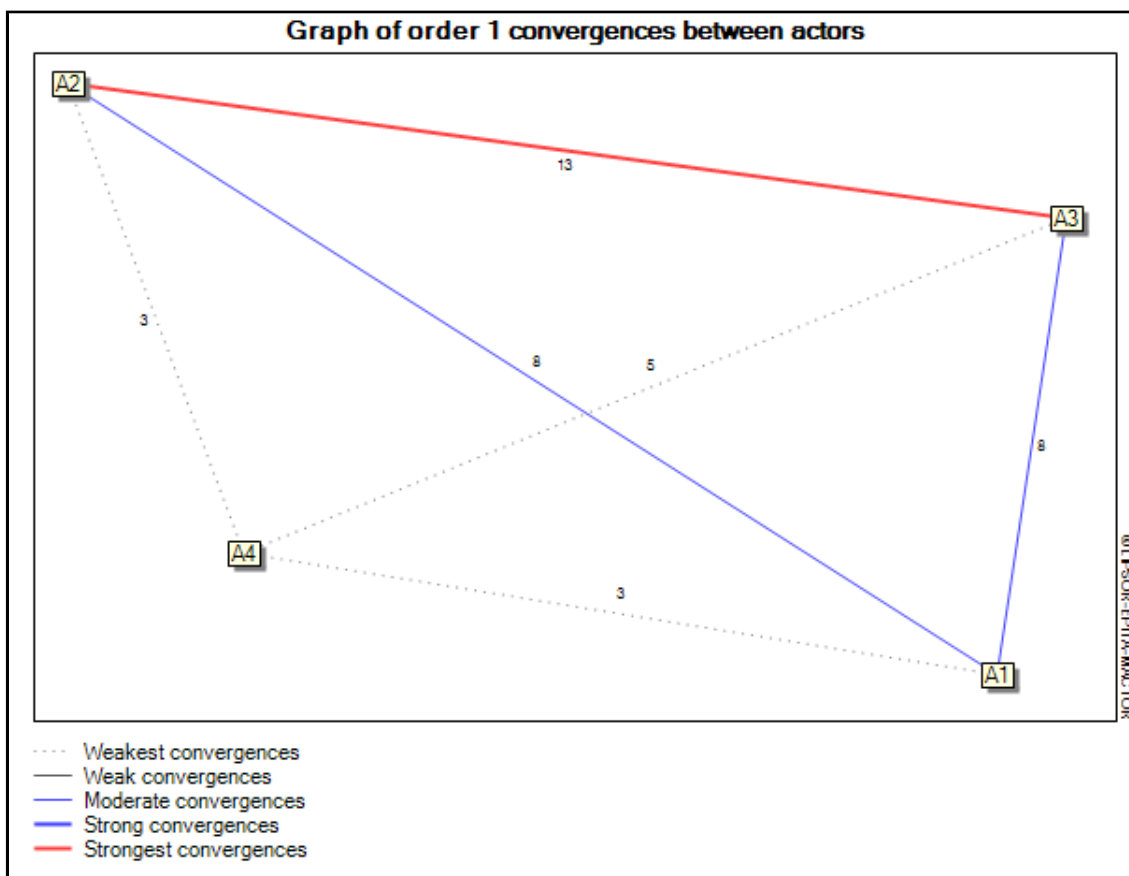


Figura 20. Grafo de convergências

Fonte: Output do software Mactor

Tabela 13

DAA - Matriz de divergências (Atores x Atores)

1DAA	A1	A2	A3	A4
A1	0	5	8	2
A2	5	0	0	0
A3	8	0	0	0
A4	2	0	0	0
Number of divergences	15	5	8	2

© LIPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Analisando a tabela 13 e a figura 21 pode retirar-se que os atores que apresentam mais divergências entre si (n=8) são os A1 (coordenação) e A3 (técnicos) sendo que atores A2 (médicos), A3 (técnicos), A4 (clientes) só apresentam divergências (n=15) com o ator A1 (coordenação).

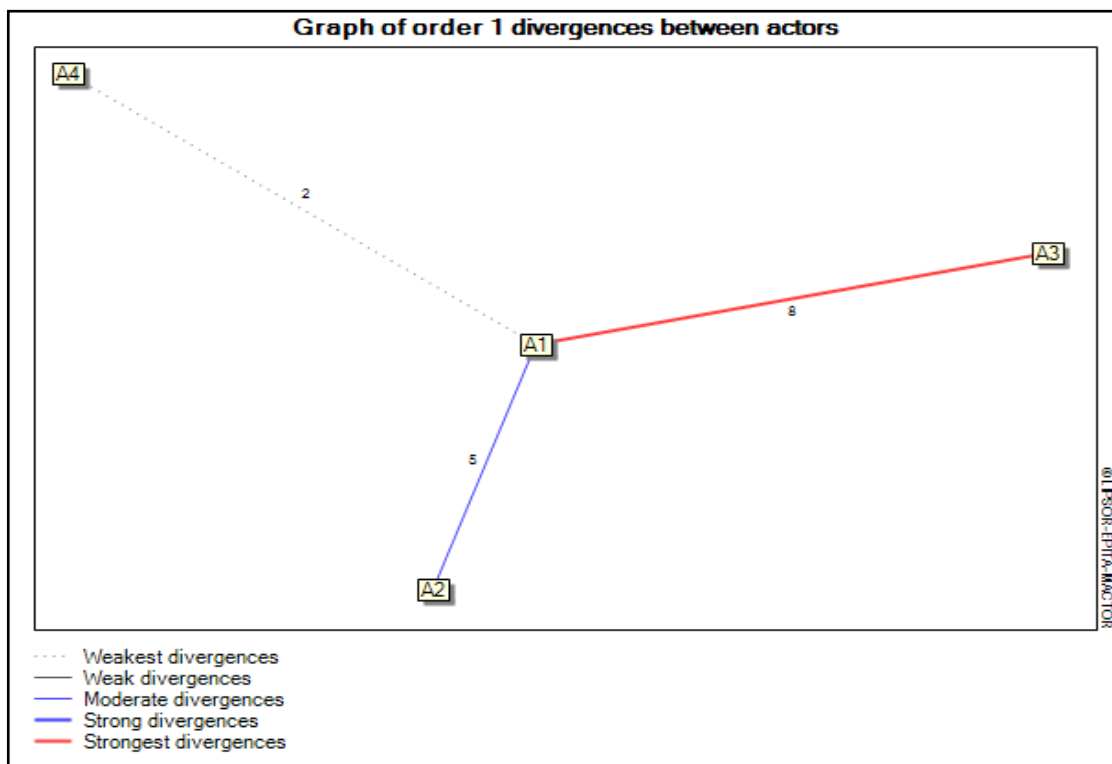


Figura 21. Grafo de divergências

Fonte: Output do software Mactor

Segundo Godet (1993), estes primeiros indicadores devem ser vistos como “bastantes elementares uma vez que apenas têm em conta o número de convergências e divergências de objetivos”.

Refere ainda que “para aproximar o modelo da realidade convém introduzir duas dimensões ignoradas até então:

- A hierarquia de objetivos que varia de ator para ator;
- A relação de força entre atores”.

Assim, de forma a incluir estas duas grandezas na análise, é construída uma nova tabela onde se valorizam novas posições dos atores relativamente aos objetivos.

É assim que começa a ser inserida a 1ª grandeza referida anteriormente: a hierarquia de objetivos por ator.

A valorização segue uma escala que vai de “4” a “-4”, sendo que o valor é tanto mais elevado quanto o ator se sente mais envolvido no objetivo que se está a propor.

Tabela 14

**Regras de atribuição de valores**

<b>Regras de atribuição de valores</b>	
<b>-4</b>	Objetivo põe em risco a existência do ator
<b>-3</b>	Objetivo põe em risco o cumprimento da missão do ator
<b>-2</b>	Objetivo põe em risco o sucesso dos projetos do ator
<b>-1</b>	Objetivo compromete procedimentos operacionais do ator
<b>0</b>	Objetivo tem um resultado desolador
<b>1</b>	Objetivo é vital para procedimentos operacionais do ator
<b>2</b>	Objetivo é vital para o sucesso dos projetos do ator
<b>3</b>	Objetivo é indispensável para as missões do ator
<b>4</b>	Objetivo é indispensável para a existência do ator

Fonte: Elaboração própria adaptado de Godet (1993)

Obtém-se, assim, uma segunda matriz de atores x objetivos (MAO) denominada de 2 MAO que, multiplicada pela sua transposta, dá origem a uma segunda matriz de atores x atores (MAA) denominada de 2MAA.

A 2MAO, pode também ser designada de Matriz das Posições Valorizadas e de acordo com Alvarenga (2001) “é o segundo *input* do modelo, ou seja, é a partir dos dados introduzidos nesta matriz e na Matriz Influências Diretas (primeiro *input* introduzido pelo investigador) que o *software* MACTOR efetua todos os restantes cálculos. Daí a importância do seu correto preenchimento, garantindo a melhor



qualidade possível dos dados introduzidos pois deles depende toda a análise em estudo.”

Neste trabalho, a valorização de cada objetivo para cada ator, decorre do conhecimento específico que se acumulando, proporcionado pelos resultados da aplicação das diferentes técnicas utilizada (análise documental, análise bibliográfica, análise de conteúdo de entrevistas e exploração estatística de questionários).

Para uma melhor compreensão da lógica de valorização utilizada, tomemos como exemplos os objetivos O6 e O13. No caso do O6, “Manter e Promover o Esclarecimento do Cliente” atribuiu-se valor “4” para o ator A4 (clientes) visto que este objetivo é determinante para este ator. Apesar de nos questionários os clientes se sentirem, na sua maioria, bem esclarecidos por parte do Centro de Imagiologia, existe ainda quem não se considere da mesma forma, o que atendendo ao fato da prestação de serviços ser direcionada especialmente para este ator, será da maior importância mantê-lo bem informado de tudo. No entanto, atribui-se o valor “1” ao ator A1 (coordenação) não por ser menos importante para a coordenação que o cliente seja esclarecido, mas por não estar ao alcance direto da coordenação realizar essa ação; o valor “2” tanto para o ator A2 (médicos) e como para o ator A3 (técnicos) tem em consideração que faz parte do raio de ação destes dois atores explicar e esclarecer toda a execução do exame, já ao nível de diagnóstico, sendo preciso entrar em linha de conta com fatores diversos faz com que estes atores também se encontrem limitados na sua ação de esclarecimento. No fundo, todos contribuem para este objetivo, mas cada um numa fase específica e com ponderações diferentes.

No caso do objetivo O13, “Rever o Horário de trabalho” considerou-se para o ator A1 (coordenação) o valor “-3”, visto que, com base no que foi apresentado pela coordenação, seria extremamente difícil rever ou alterar o horário, tendo em atenção que essa alteração iria implicar com muitas mudanças no departamento, o que faria com que alguns objetivos pudessem ficar em causa; no caso do ator A2 (médicos), o horário que fazem depende muito de outros horários que possam ter fora do departamento, sendo por isso algo que poderia ser reajustado, ainda que no geral se encontrem satisfeitos com o que lhes foi apresentado ( $v=1$ ); relativamente ao ator A3 seria um objetivo interessante de ser cumprido visto que, segundo as entrevistas recolhidas o horário que os técnicos executam precisaria de uma ligeira otimização, segundo as entrevistas recolhidas, não se conseguindo todavia reajustar sem prejudicar as horas de serviço que lhes foram propostas, e como este grupo também não está disponível para um ajuste em defeito de honorários, foi-lhe atribuído o valor “1”; para o ator A4 (clientes), sendo-lhe diferente qual o horário para os profissionais

desde que estes executem o seu trabalho de forma correta e profissional é-lhe atribuído o valor 0.

Assim, com base nesta lógica classificativa e admitindo algum grau de subjetividade no processo, construiu-se a seguinte matriz:

**Tabela 15**

**2MAO - Matriz das posições valorizadas (Atores x Objetivos)**

2MAO	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16
A1	1	3	2	-2	-2	1	2	-1	2	-1	2	-2	-3	-1	1	-1
A2	2	3	2	0	0	2	3	2	3	2	2	0	1	1	1	1
A3	3	3	3	2	2	2	4	3	3	2	2	3	3	3	2	3
A4	1	0	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Output do software Mactor

Esta nova matriz valorizada, uma vez, multiplicada pela sua transposta vai resultar numa segunda matriz denominada de 2MAA. Para uma melhor perceção separou-se a 2MAA em duas matrizes: a 2CAA (Convergências Atores x Atores) e a 2DAA (Divergências Atores x Atores) a partir das quais podem construir-se novos grafos de convergências e divergências, permitindo retirar ilações complementares.

**Tabela 16**

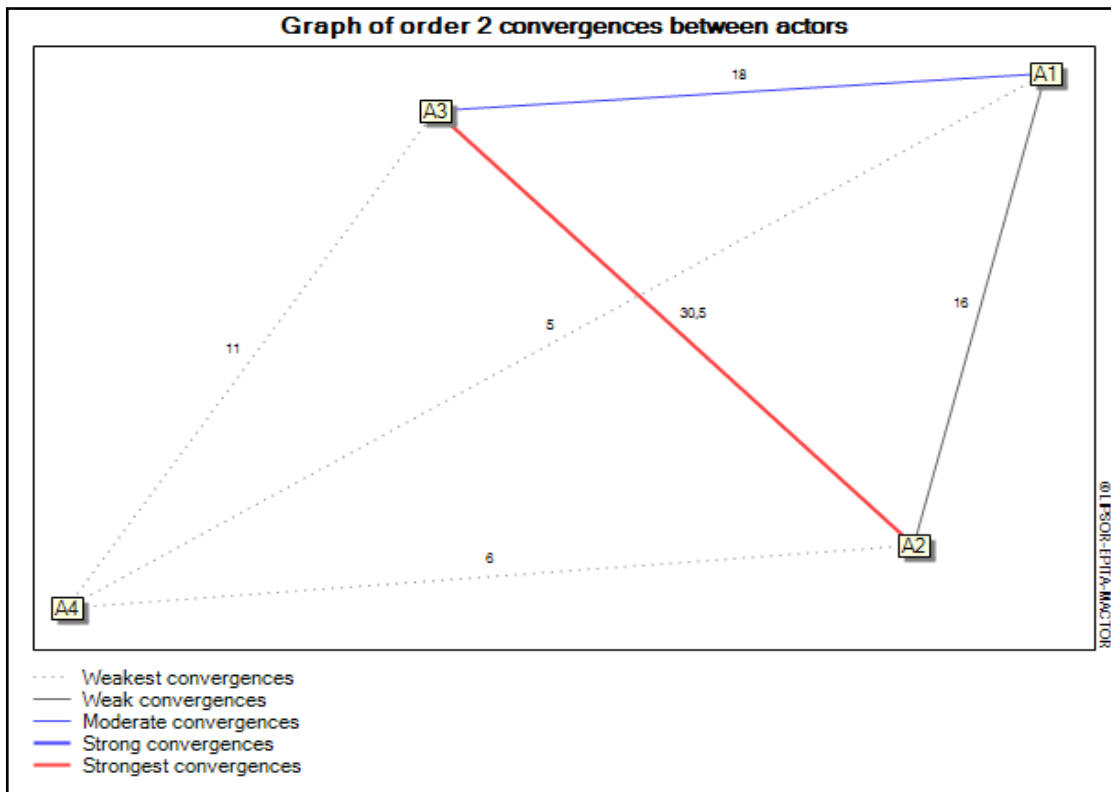
**CAA - Matriz de convergências (Atores x Atores)**

2CAA	A1	A2	A3	A4
A1	0,0	16,0	18,0	5,0
A2	16,0	0,0	30,5	6,0
A3	18,0	30,5	0,0	11,0
A4	5,0	6,0	11,0	0,0
Number of convergences	39,0	52,5	59,5	22,0
Degree of convergence (%)	75,5			

Fonte: Output do software Mactor

Tendo em consideração que quanto maior for o grau de convergência (n=75,5%) mais os atores têm interesses em comum e analisando a tabela 16 e a figura 22 pode concluir-se que os atores que apresentam mais convergências (n=30,5) entre si são os A2 (médicos) e A3 (técnicos) sendo que os que apresentam menos entre si (n<7) são os atores A1 (coordenação) e A2 (médicos) com o A4 (clientes). O ator A1 (coordenação), ainda assim, apresenta alguma convergência com A2 (médicos) e A3

(técnicos) com n=16 e n=18, respetivamente. O A4 (clientes) é o que apresenta menos convergências com os outros atores (n<12).



**Figura 22. Grafo de convergências**

Fonte: Output do software Mactor

No que concerne às divergências e tendo em consideração que quanto maior for o grau de divergência (n=24,5%) mais os atores têm pontos de desinteresse em comum, analisando a tabela 17 e a figura 23, podemos retirar que os atores que apresentam mais divergências entre si (n=17) são os A1 (coordenação) e A3 (técnicos). Os atores A2 (médicos), A3 (técnicos), A4 (clientes) só apresentam divergências com o ator A1 (coordenação) (n=28).

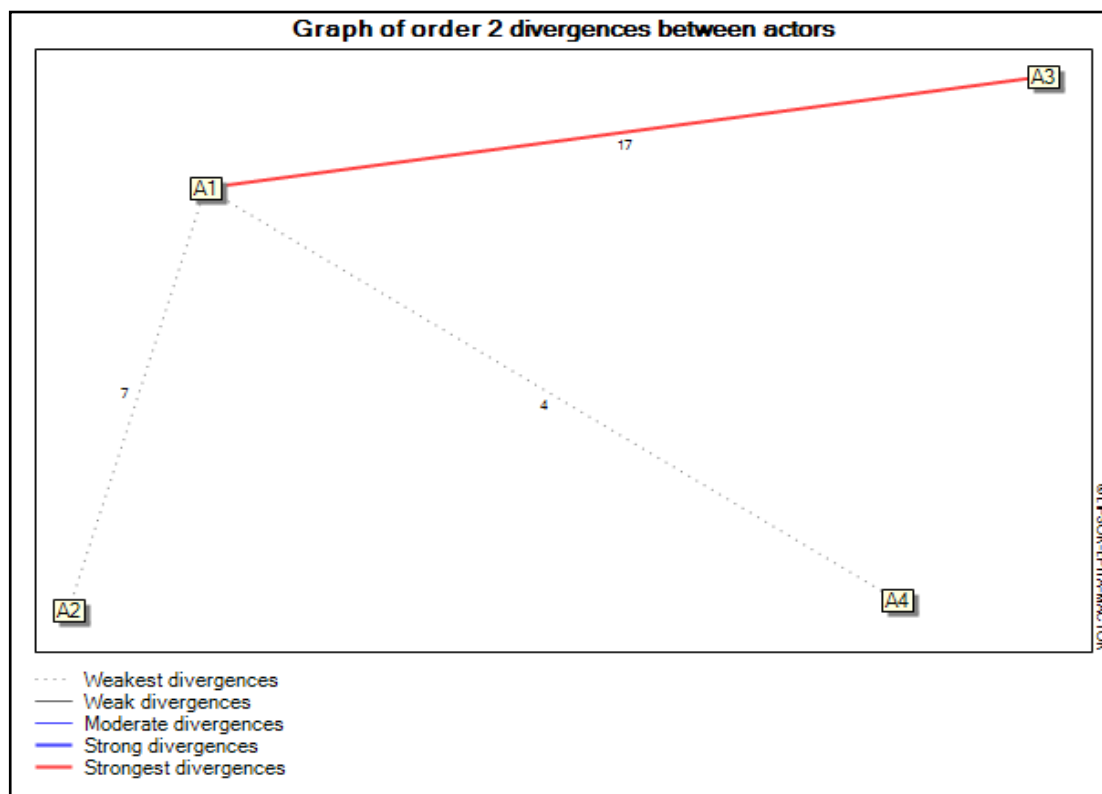
**Tabela 17**

**DAA - Matriz de divergências (Atores x Atores)**

2DAA	A1	A2	A3	A4
A1	0,0	7,0	17,0	4,0
A2	7,0	0,0	0,0	0,0
A3	17,0	0,0	0,0	0,0
A4	4,0	0,0	0,0	0,0
Number of divergences	28,0	7,0	17,0	4,0
Degree of divergence (%)	24,5			

© LPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor



**Figura 23. Grafo de divergências**

Fonte: *Output do software Mactor*

O que resulta desta segunda análise é o reforço e a confirmação de que os atores que se encontram em grande convergência entre si são os Médicos (A2) e os Técnicos (A3), sendo que os atores que se encontram em grande divergência são os Técnicos (A3) e a Coordenação (A1).

### **5.1.5. Quinta Etapa – Avaliar as relações de força e formular recomendações estratégicas**

A influência direta que cada ator exerce sobre outro ator decide que abordagem deve ser seguida. A valorização das influências diretas vai de 0 a 4 sendo que quanto maior for o valor, maior é a influência exercida. É de salientar que este é o primeiro *input* do modelo. Estes valores de influência foram introduzidos, também, pelo investigador, na mesma lógica da valorização anterior, ou seja, baseados na informação resultante das técnicas de investigação aplicadas durante o estudo. É baseado nestas duas valorizações em matriz (influências diretas e objetivos x atores), que o *software* MACTOR efectua os cálculos necessários.

Assim, analisando a tabela 18 classificou-se o ator A1 (Coordenação) como sendo claramente o ator mais influente, exercendo uma influência de valor 4 tanto ao nível do ator A2 (Médicos) como do A3 (Técnicos), sendo que para o ator A4 (Clientes) exerce com valor de “2”. Esta posição é compreensível considerando que é a coordenação a responsável por apresentar as diretrizes a cumprir pelos médicos e pelos técnicos. No entanto, não consegue dominar por completo os clientes, visto que estes podem sempre escolher um concorrente para a mesma prestação de serviços.

Tabela 18

Tabela de Influências diretas

MDI	A1	A2	A3	A4
A1	0	4	4	2
A2	3	0	3	2
A3	1	1	0	2
A4	4	2	3	0

© LIPSOR-EPI-TAMACTOR

Fonte: Output do software Mactor

O ator A2 foi considerado um ator de influência moderada, visto que a medicina é uma profissão com costumes, protocolos e procedimentos bastante vincados, o que pode ser determinante no local de trabalho, na forma como aborda tanto a coordenação como os técnicos. Daí ter uma força de influência de valor “3” sobre estes, e de valor “2” sobre os clientes que uma vez mais mostram ter alguma liberdade na forma como pretendem ser tratados neste jogo de atores.

O ator A3, por sua vez foi considerado como o ator mais dependente no seio deste estudo; esta fragilidade deve-se ao fato de ser uma profissão ainda nova, com poucos anos de tradição e em parte dependente da área médica. Como tal, essa fragilidade reflete influência muito reduzida (nível 1) no local de trabalho face aos dois atores profissionais e parceiros de prestação de serviços. A sua influência sobre os clientes aumenta para um valor de “2”, pois, sem a sua aplicação, execução e esclarecimento a prestação de serviços não se completa.

O actor A4 foi considerado um concorrente importante face ao mais influente (A1), pois, é através do cliente e para o cliente que toda a prestação de serviços é realizada, sendo que o seu afastamento ou reforço posicional está sempre dependente do grau de satisfação face à instituição. É com base nesta ideia que a força de influência de valor “4” lhe foi atribuída.

Mas as relações de força não se limitam à simples apreciação de influências diretas: um ator pode agir sobre outro por intermédios de um terceiro. Nesta ordem de ideias Godet (1993) salienta que “convém examinar a matriz de influências indiretas (MII, de ordem 2) obtida simplesmente multiplicando a matriz de influências diretas (MDI) por si própria (MII=MDI x MDI).

Assim, na tabela seguinte estão representados os valores de influência indireta que cada ator exerce sobre cada ator.

**Tabela 19**

**MDII - Matriz de influências indiretas (Atores x Atores)**

MDII	A1	A2	A3	A4	=
A1	6	7	9	6	22
A2	6	6	8	6	20
A3	4	4	4	4	12
A4	7	7	9	6	23
Di	17	18	26	16	77

© LPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Segundo a tabela 19 pode concluir-se que, o ator A4 (cliente) passa a ser o mais influente globalmente (n=23) sendo sobre o A3 (técnicos) que exerce mais influencia indireta (n=9). Este último (A3) exerce uma influência baixa e semelhante (n=4) sobre todos os outros atores, sendo ao mesmo tempo o ator mais dependente globalmente (n=12). Relativamente ao ator A1 (coordenação) é sobre A3 (técnicos) que exerce mais influência (n=9), sendo o segundo menos dependente (n=22).

Quanto ao ator A2 (médicos) é também sobre o A3 (técnicos) que exerce mais influência (n=8), sendo ao mesmo tempo o segundo mais dependente (n=20). Será importante salientar que estas relações de força no jogo dos atores não apresentam diferenças significativas com as identificadas na matriz de influências diretas (tabela 41), com exceção da troca de liderança em termos de influência entre os atores A1 e A4.

O mapa de influências e dependências (figura 24) mostra que o ator mais influente é o A4, seguido de A1 e o ator A3 é o mais dependente seguido de A2.

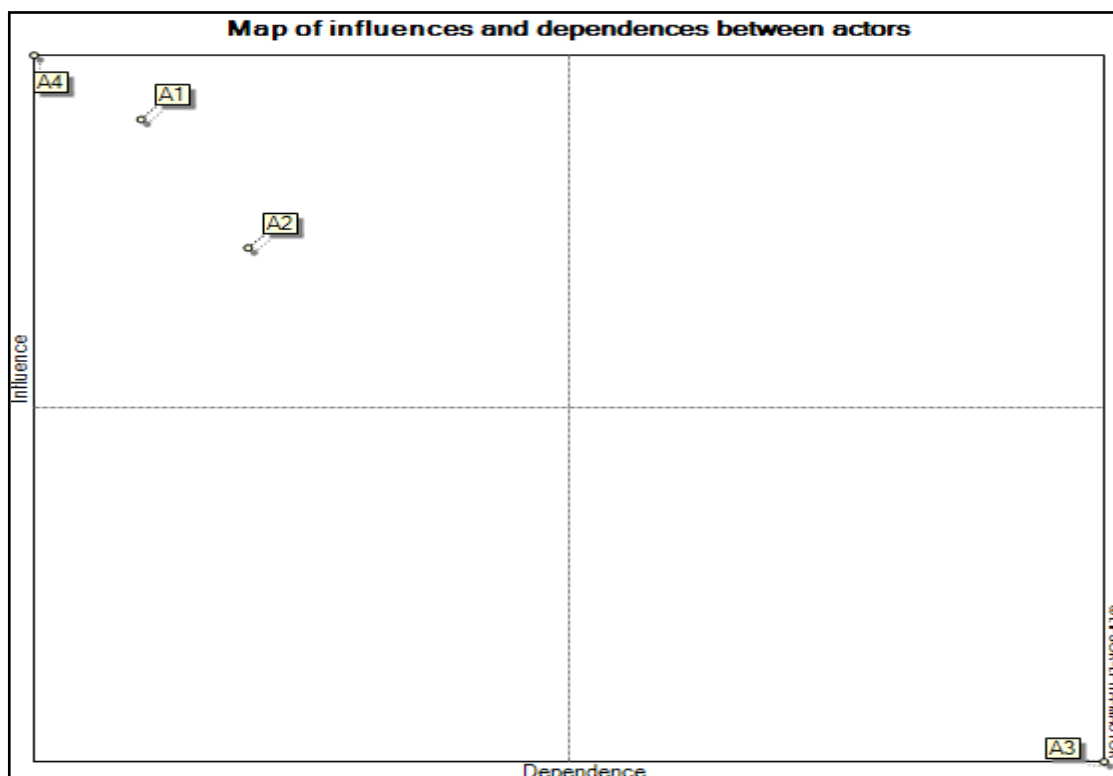


Figura 24. Mapa de influências e dependências entre atores

Fonte: Output do software Mactor

Finda esta breve análise de relação de forças entre os atores há que perceber qual é a relação de força que cada ator tem sobre os objetivos. Com efeito “dizer que um ator pesa duas vezes mais do que outro na relação de forças global é dar implicitamente um peso duplo à influência do ator em questão nos objetivos” (Godet 1993).

Viu-se que é possível ter em consideração hierarquias de objetivos para cada ator, avaliando a matriz das posições (2MAO). Assim, “se as relações de forças entre atores se caracterizasse por coeficientes “ri”, basta, então, ponderar as linhas de matrizes das posições valorizadas para esses coeficientes” Godet (1993).

Para isso, neste caso, há que ter em conta os valores de coeficientes “ri” da tabela 20 (coeficientes e indicadores de relações de força), obtendo-se assim uma nova matriz MAO de ordem 3: 3MAO (tabela 21).

Esta, por sua vez, multiplicada pela sua transposta dará origem a uma nova matriz de convergências e divergências.

Os coeficientes e indicadores de relações de força “ri” são calculados através dos valores de “Di” (Dependência líquida direta e indireta de 2º grau) e a “Li” (Influência líquida direta e indireta de 2º grau) que se encontram na tabela 19.

Isto é, o coeficiente Ri é calculado da seguinte forma:

$$\text{Coeficiente Ri} = (Mi/\sum Mi) \times (Mi / (Mi+Di))$$

Tendo em consideração que se Di for nulo,  $Ri = (Mi/\sum Mi)$ ; se Di for forte a relação de Ri será muito mais fraca do que a simples relação  $(Mi/\sum Mi)$ .

Tabela 20

Matriz de valores ri

	Ri
A1	1,25
A2	1,02
A3	0,35
A4	1,39

© LPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Considerando os quatro atores deste estudo, os valores calculados revelam, uma vez mais, que quem se encontra em melhor posição em termos de relações de força é o ator A4 seguido de A1 e A2, sendo o ator A3 o elo mais fraco.

Como estes valores calculados pode então passar-se para a conjugação dos mesmos com a matriz 2MAO, ou seja, multiplicando cada linha de 2MAO pelo coeficiente ri obtemos a 3MAO.

Tabela 21

Matriz das posições valorizadas (3MAO Atores x Objetivos)

3MAO	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16	Mobilisation
A1	1,2	3,7	2,5	-2,5	-2,5	1,2	2,5	-1,2	2,5	-1,2	2,5	-2,5	-3,7	-1,2	1,2	-1,2	33,7
A2	2,0	3,1	2,0	0,0	0,0	2,0	3,1	2,0	3,1	2,0	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	25,5
A3	1,0	1,0	1,0	0,7	0,7	0,7	1,4	1,0	1,0	0,7	0,7	1,0	1,0	1,0	0,7	1,0	15,0
A4	1,4	0,0	1,4	1,4	4,2	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,9
Number of agreements	5,7	7,8	7,0	2,1	4,9	9,5	6,9	3,1	6,6	2,7	5,2	1,0	2,1	2,1	3,0	2,1	
Number of disagreements	0,0	0,0	0,0	-2,5	-2,5	0,0	0,0	-1,2	0,0	-1,2	0,0	-2,5	-3,7	-1,2	0,0	-1,2	
Degree of mobilisation	5,7	7,8	7,0	4,6	7,3	9,5	6,9	4,3	6,6	4,0	5,2	3,5	5,8	3,3	3,0	3,3	

© LPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Na tabela 21, podemos observar alguns valores positivos e negativos, sendo que com os positivos é demonstrada a mobilização que cada ator tem para com cada objetivo, e com os valores negativos para o contrário.



Na última coluna é apresentada a soma dos valores absolutos de cada ator relativos a cada objetivo, mostrando a mobilização total de cada ator. Constatou-se que o ator mais mobilizador (n=33,7) é de fato a Coordenação (A1) e o menos mobilizador (n=13,9) são os Clientes (A4). A Coordenação encontra-se inserida em todos os objetivos e os Clientes em apenas cinco deles.

Quanto ao grau de mobilização por objetivo, traduz qual o objetivo onde existe mais/menos intervenção por parte dos atores, sendo neste caso o objetivo O6 (Manter e promover o esclarecimento do Cliente) o mais intervencionado (n=9,5) e o O15 (Promover o acompanhamento psicológico) o menos intervencionado (n=3,0).

Para o ator A1 (coordenação) o objetivo onde pretende trabalhar mais é o O2 (Promover a comunicação entre profissionais) (n=3,7) sendo que o que lhe interessa menos é o O13 (Rever o horário de trabalho) (n=-3,7).

Para o ator A2 (médicos) o objetivo onde pretende trabalhar mais é o O2 (Promover a comunicação entre profissionais), O7 (Planear a formação dos profissionais) e o O9 (Promover o *Feedback* de desempenho) (n=3,1) sendo que o que lhe interessa menos é o O13 (Rever o horário de trabalho), O14 (Rever a escala de trabalho), O15 (Promover o acompanhamento psicológico), O16 (Rever as políticas de Motivação) (n=1,0).

Para o ator A3 (técnicos) o objetivo onde pretende trabalhar mais é o O7 (Planear a formação dos profissionais) (n=1,4) sendo que o que lhe interessa menos é o O4 (Reorganizar a marcação de exames), O5 (Rever as condições de tempo de espera), O6 (Manter e promover o esclarecimento do Cliente), O10 (Criar um gabinete de Investigação), O11 (Promover a relação com as Instituições de Ensino Superior, de Saúde e Empresas), O15 (Promover o acompanhamento psicológico) (n=0,7).

Para o ator A4 (clientes) o objetivo onde pretende trabalhar mais é o O6 (Manter e promover o esclarecimento do Cliente) (n=5,5) sendo que o que lhe interessa menos é o O1 (Rever os tempos de exames), O3 (Rever protocolos e procedimentos técnicos), O4 (Reorganizar a marcação de exames), (n=0,7).

Para se obter uma terceira matriz de convergências e divergências (3MAA) ponderada pelas relações de força multiplica-se 3MAO pela sua transposta.

Para uma melhor perceção separou-se a 3MAA em 3CAA (Convergências Atores x Atores) e em 3DAA (Divergências Atores x Atores).

Tabela 22

CAA - Matriz de convergências (Atores x Atores)

3CAA	A1	A2	A3	A4
A1	0,0	17,9	12,6	6,7
A2	17,9	0,0	19,0	7,2
A3	12,6	19,0	0,0	9,0
A4	6,7	7,2	9,0	0,0
Number of convergences	37,1	44,1	40,6	22,9
Degree of convergence (%)	0,0			

© LPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Tendo em consideração que quanto maior for o grau de convergência mais os atores têm interesses em comum, analisando a tabela anterior e a figura seguinte pode concluir-se que os atores que apresentam mais convergências entre si (n=19) são os A2 (médicos) e A3 (técnicos) sendo que os que apresentam menos entre si (n=6,7) são os atores A1 (coordenação) e A4 (clientes).

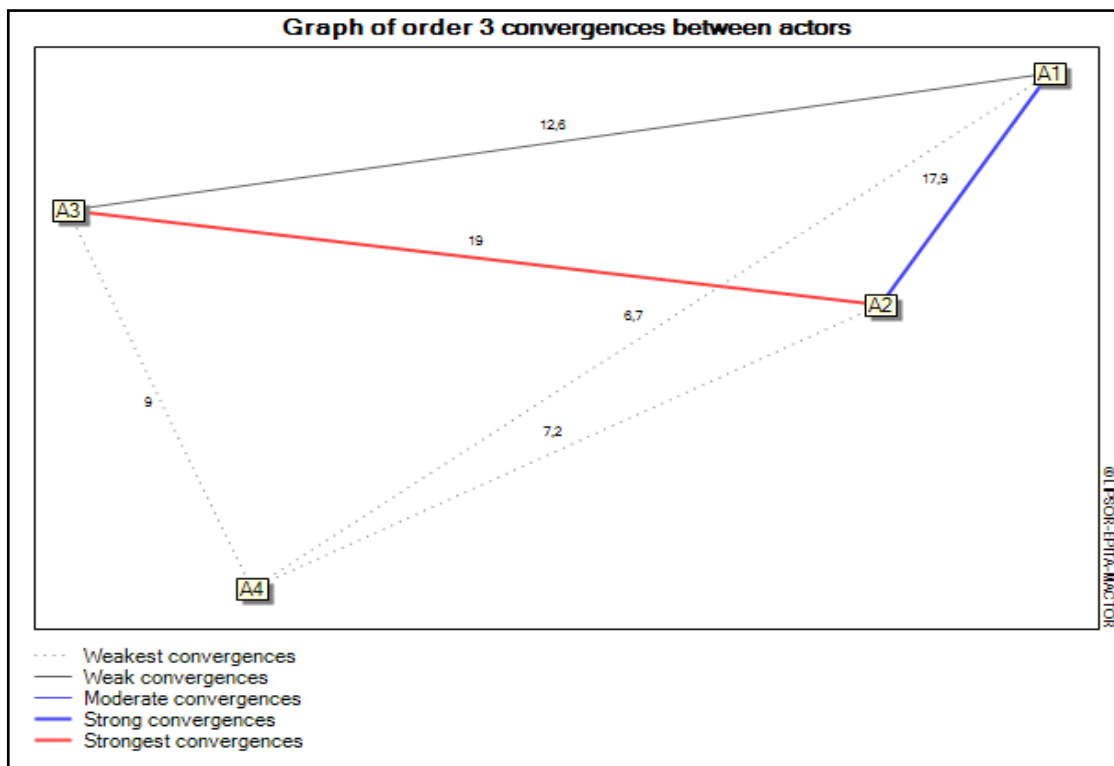


Figura 25. Grafo de convergências

Fonte: Output do software Mactor

O ator A1 (coordenação) apresenta uma forte convergência com A2 (médicos) e fraca com A3 (técnicos) (n=17,9 e n=12,6 respectivamente), sendo que o A4 (clientes) é o que apresenta menos convergências com os outros atores (n<10).

Tabela 23

DAA - Matriz de divergências (Atores x Atores)

3DAA	A1	A2	A3	A4
A1	0,0	7,9	11,8	5,3
A2	7,9	0,0	0,0	0,0
A3	11,8	0,0	0,0	0,0
A4	5,3	0,0	0,0	0,0
Number of divergences	25,0	7,9	11,8	5,3
Degree of divergence (%)	0,0			

© LPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

Tendo em consideração que quanto maior for o grau de divergência mais os atores têm pontos de desinteresse em comum e analisando a tabela anterior e a figura seguinte podemos retirar que os atores que apresentam mais divergências entre si (n=11,8) são os A1 (coordenação) e A3 (técnicos), sendo que atores A2 (médicos), A3 (técnicos), A4 (clientes) só apresentam divergências (n=25) com o ator A1 (coordenação).

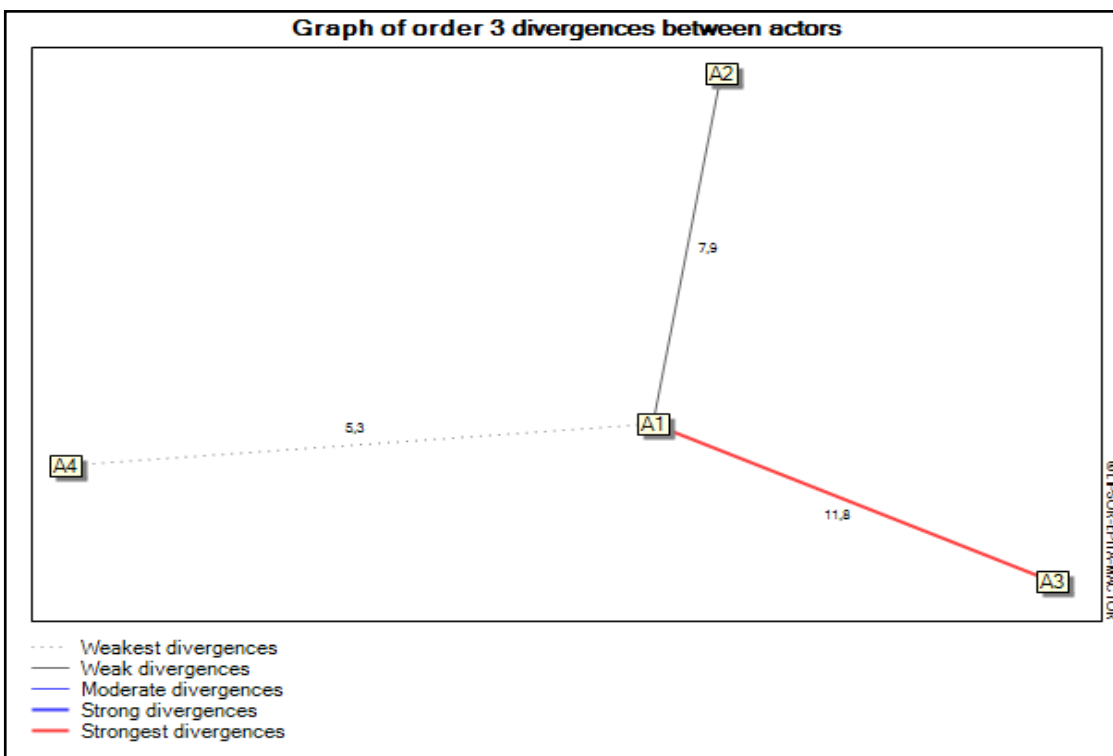


Figura 26. Grafo de divergências

Fonte: Output do software Mactor

No fundo, o que resulta desta segunda análise, agora já com todas as grandezas incluídas, é o reforço e a confirmação de que os atores que se encontram em grande convergência entre si são os Médicos (A2) e os Técnicos (A3), sendo que os atores que se encontram em grande divergência são os Técnicos (A3) e a Coordenação (A1).

Observando o mapa da relação dos atores (figura 27) com os objetivos (tendo em consideração a análise da matriz 3MAO) é notório que cada ator se encontra bem separado dos restantes parceiros, fazendo com que cada um deles se interesse por objetivos específicos.

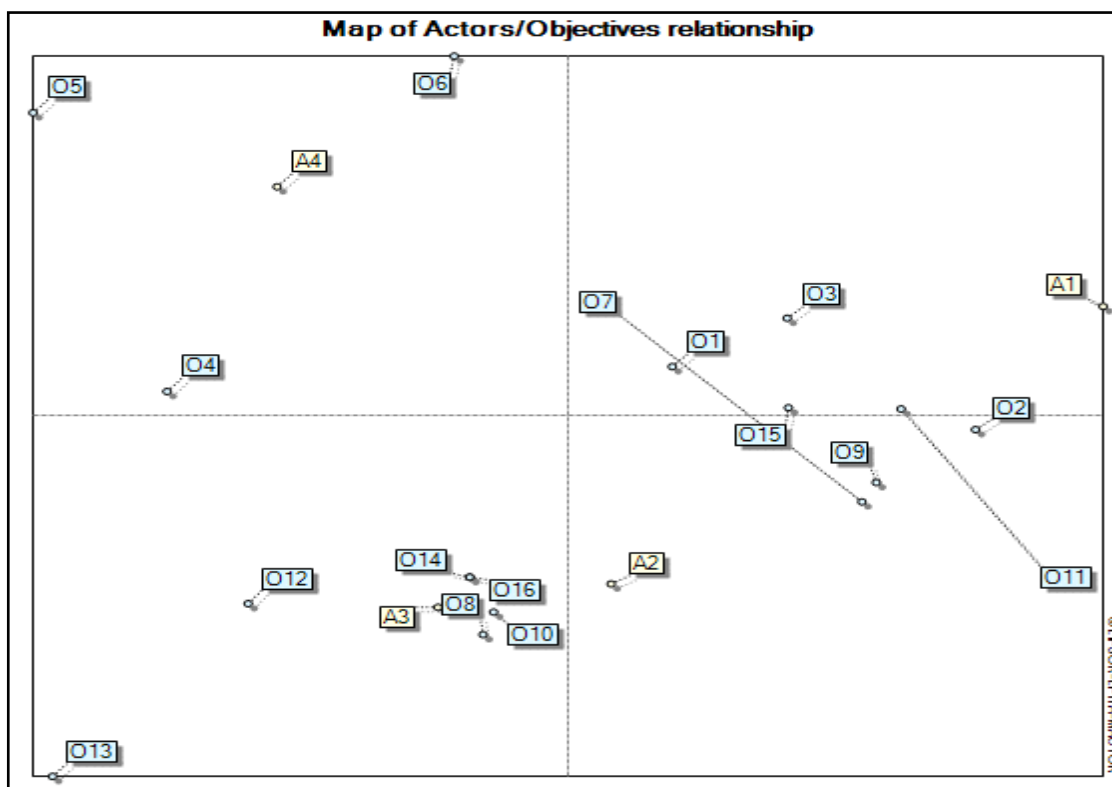


Figura 27. Mapa da relação dos actores e os objectivos

Fonte: Output do software Mactor

Como tal, há que avaliar também a ambivalência de cada ator para que a avaliação seja ainda mais completa, ou seja, a possibilidade e a facilidade que cada um demonstra ter para mudar de posição.

“Um ator muito ambivalente é um ator que diverge precisamente com os atores com quem mais converge. No fundo, estes indicadores possibilitam obter uma aproximação a uma classificação da maior ou menor dificuldade de um conjunto de actores que concordam em relação a um determinado objetivo chegarem a acordo se existirem outras questões em aberto em relação às quais divergem de forma significativa” (Alvarenga, 2001).

Os valores variam entre 0 e 1, sendo que quem estiver mais perto do valor 1 é mais ambivalente e quem estiver mais perto do valor 0 é o menos ambivalente. Estes cálculos são efetuados pelo MACTOR e traduzidos em três valores EQ: indicadores da ambivalência das posições dos atores (posições simples, posições valorizadas e posições valorizadas e ponderadas).

Tabela 24

Tabela de Ambivalência

	EQ 1	EQ 2	EQ 3
A1	0,9	0,8	0,8
A2	0,3	0,2	0,3
A3	0,5	0,4	0,4
A4	0,3	0,3	0,4

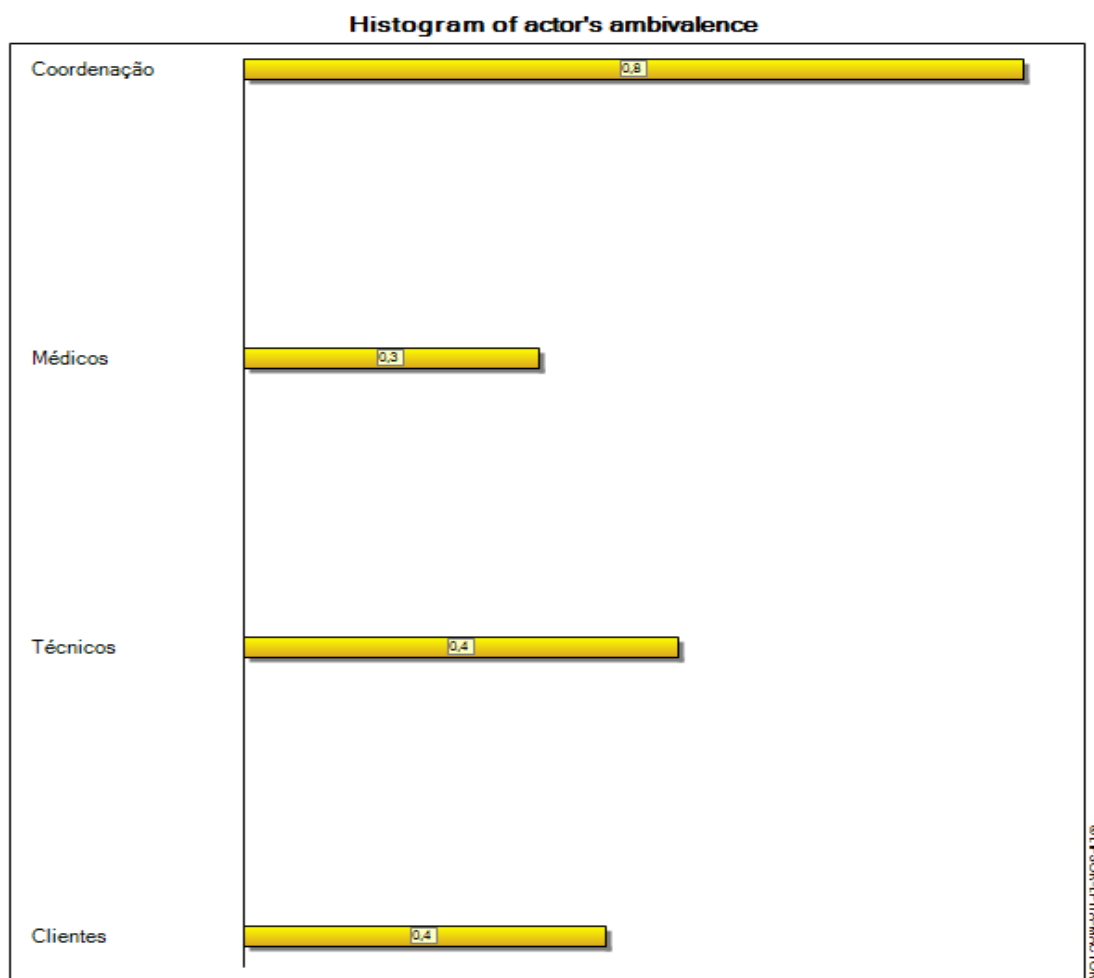
© LIPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Output do software Mactor

No entanto, “a sua grande limitação é que, na realidade, estes são indicadores de ambivalência pura (ou matemática), não representando claramente a menor ou maior dificuldade em chegar a um acordo. Isto acontece porque, por exemplo, se o ator x convergir em 1 com o ator y e divergir igualmente em 1, vai ter um EQ mais elevado (ou seja, vai ser mais ambivalente) que um outro ator z que também convirja com y em 1 mas divirja em 2 (assumindo, para simplificar, que todos os outros valores para as convergências e divergências do sistema são iguais). No entanto, apesar de menos ambivalente, o ator z teria, tudo o resto constante, mais dificuldade do que o ator x em chegar a um acordo com o ator y pois a sua divergência com y é maior” (Alvarenga, 2001).

Assim, considerando a tabela 24 e o gráfico 30 podemos afirmar que o ator mais ambivalente será o A1 (Coordenação) sendo que o menos ambivalente será o A2 (Médicos).

Estes resultados de ambivalência refletem bem o fato de a Coordenação estar sempre mais disponível para uma mudança ou nova proposta caso esta seja necessária ou melhor que a situação atual, sendo que no caso dos médicos, uma classe muito dominadora e com raízes mais fortes a ambivalência terá de ser muito mais trabalhada e fundamentada por parte de quem os abordar.



**Gráfico 30. Histograma da ambivalência dos Actores**

Fonte: *Output do software Mactor*

### **5.1.6. Sexta Etapa – Colocar questões e fazer recomendações estratégicas**

Segundo Alvarenga (2001) “o fim primeiro da análise da estratégia de atores codificada através do MACTOR é fornecer a um dos atores uma ajuda à decisão para o estabelecimento da sua política de alianças num determinado sistema.”

Neste estudo qualquer um dos atores pode retirar importantes ilações sobre a forma como poderá atuar para assim alcançar os seus objetivos.

Nesta perspetiva será importante começar por destacar a evolução dos quatro atores objetos de estudo, mostrando as diferenças que os caracterizam e que são determinantes para as abordagens futuras.

A Coordenação (A1) apresentou-se sempre, desde o início, como um ator muito empenhado na abordagem de todos os assuntos; com o avançar do estudo verificou-se uma continuidade de preponderância face aos objetivos, isto é, mostrou ser um ator decisivo para qualquer abordagem. Foi um ator que se caracterizou sempre pelas suas

divergências acentuadas com os técnicos (A3), e pelas suas convergências com os médicos (A2). O que marca a sua força é o poder de influência e a ambivalência manifestada e que pode ser executada sobre cada um dos atores.

Os Médicos (A2) revelam-se como um ator razoavelmente mobilizador, não estando, desde início, em grande conflito com os objetivos propostos. Os seus grandes aliados neste ponto acabam por ser os técnicos (A3) devido às convergências constatadas embora a força de influência dos médicos se distancie da dos técnicos, sendo estes últimos que poderão beneficiar mais desta aliança. No entanto, é de referir que os médicos nunca estiveram em grande divergência com a coordenação e, sendo o ator, menos ambivalente acaba por ser um aliado que poderá fazer a diferença para qualquer outro dos atores.

No que diz respeito aos Técnicos (A3), revelaram-se um ator bastante disponível e ativo relativamente aos objetivos. No estudo a sua força de influência foi-se revelando escassa, sendo que apesar da aparente vontade em participar nos objetivos a sua relevância encontra-se bastante limitada. O seu principal aliado é sem dúvida grupo dos médicos (A2), apresentando sempre bastantes convergências podendo mesmo vir a ser o aliado perfeito para alcançar algum dos seus objetivos, como é o exemplo do objetivo O16 (rever as políticas de motivação), alvo da discordância por parte da coordenação.

Quanto aos Clientes (A4), que parecendo *a priori* estarem apenas envolvidos em alguns objetivos, revelaram-se como um ator bastante influente. Mostraram convergências com todos os atores, e algumas divergências com a coordenação. É um ator que se mostrou ser pouco ambivalente o que poderá ser importante em posições de consenso.

Como base nesta caracterização contextual, podemos levantar algumas questões estratégicas pertinentes:

- Será que uma aproximação entre Técnicos e os Médicos poderá constituir-se como um fator decisivo para alcançar o objetivo O16 (rever as políticas de motivação)?

- Face a uma possível “aliança” entre estas duas classes operacionais, será que a Coordenação poderá ceder em algum outro objetivo de interesse?

- Que tipo de abordagem devem todos os atores adotar para reforçar o objetivo O6 (manter e promover o esclarecimento do cliente)?

- Aplicar o objetivo O12 (criar uma carreira profissional), por parte da Coordenação, poderá ser uma forma de reforçar o objetivo O9 (promover o feedback de desempenho)?

- Concretizar o objetivo O10 (criar um gabinete de investigação), poderia ajudar a desenvolver o O3 (rever os protocolos e procedimentos)?

- Que tipos de abordagens poderão ter a coordenação (A1), médicos (A2) e técnicos (A3) para que o objetivo O3 (rever os protocolos e procedimentos) melhore as condições do departamento?

O que se pretende fundamentalmente com o levantamento destas questões é aferir em que medida o Centro de Imagiologia se encontra preparado para flexibilizar as suas estratégias de ação para atingir os objetivos de sustentabilidade que são essenciais para a vida de qualquer organização.

Algumas das questões levantadas, consubstanciam e recomendações estratégicas que devem ser levadas em linha de conta não devendo, no entanto, ser consideradas como as únicas possíveis pois, como salienta Alvarenga (2001) “a força fundamental do MACTOR situa-se no processo em que a equipa de investigação se vê envolvida através dos múltiplos resultados intermédios com que se confronta, os quais, sequencialmente, fornecem mais e mais informação sobre as diversas faces do assunto em estudo.”



## **5.2. Síntese do capítulo**

Este capítulo ocupou-se da análise prospetiva e respetivos resultados obtidos através da abordagem MACTOR. Este método de análise prospetiva encontra-se estruturado em 6 etapas.

A primeira etapa caracterizou-se pela construção de um quadro estratégico de actores, onde o principal objetivo é posicionar e cruzar os dados dos mesmos de forma a caracterizar o posicionamento de cada um deles em relação aos restantes. Este estudo caracteriza-se por quatro atores diferentes (Coordenadores, Técnicos, Médicos e Clientes).

A segunda etapa identificou os desafios e os objetivos estratégicos associados ao quadro anterior. Daí resultaram 5 desafios estratégicos e 16 objetivos associados.

A terceira etapa permitiu avaliar as convergências e as divergências diretas de cada ator em relação a cada objetivo, tendo sido isso ilustrado através de grafos correlacionais.

A quarta etapa caracterizou-se por hierarquizar os objetivos e recensear as táticas possíveis, ou seja, começou-se a delinear a relação dos atores com o restante sistema permitindo, assim, a perceção das convergências e divergências.

A quinta etapa nasceu da necessidade de perceber quais as relações de força entre os atores, relativamente a cada objetivo. Com esta caracterização consegue-se perceber quais são as tendências de cada ator e qual a sua preponderância e força numa futura atuação.

A sexta e última etapa do método prospetivo permitiu orientar e propor, baseado nos resultados alcançados, um caminho de atuação sólida para cada ator. Por exemplo, tendo em consideração que os Técnicos se revelaram um ator com pouca influência, qualquer atuação que possam ter deverá ser sempre associada a um aliado forte que lhe permita alcançar os seus objetivos.

Concluindo, com esta análise conseguiu-se um alinhamento com uma estratégia global, baseada em objetivos específicos com características específicas, requerendo uma ação conjunta de diferentes atores.

## **Capítulo 6: CONCLUSÕES**

## **6. CONCLUSÕES**

Um trabalho de investigação não deve ser fechado, deve desde início ser encarado de espírito aberto e antecipar se as condições mínimas para a sua exequibilidade, segundo critérios de rigor e de imparcialidade, estão reunidas no sentido da garantia da verdade científica.

Uma investigação pressupõe sempre seriedade e responsabilidade. Sendo um desafio complexo, deve proporcionar resultados pertinentes que, no entanto, devem ser encarados como pistas para novas investigações, dando início a um novo caminho de prospeção. É através deste espírito aberto continuamente à descoberta que se consegue alimentar a criatividade e descobrir “o novo”. No entanto, é também neste caminho que podemos encontrar o contrário, isto é, as maiores dificuldades, incertezas, ceticismos e receios.

Foi com este espírito, realista e aberto, que partimos para este trabalho e o fomos desenvolvendo, tendo sempre como “ponto de mira” a descoberta e exploração de pistas que pudessem, no futuro, contribuir para aperfeiçoar ainda mais o desenvolvimento do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz.

O trabalho, pela área de aplicação em concreto, pela natureza dos métodos utilizados e pela sua abordagem integradora, veio a revelar graus de dificuldade acrescida e de complexidade inesperada que, por respeito aos princípios de rigor, nos levaram a consumir mais tempo que o inicialmente previsto. No entanto, é nossa convicção que o processo valeu a pena.

Foi um trabalho que passou por diversas fases, com a seguinte estruturação:

(i). A primeira fase consistiu numa projeção preliminar do estudo a realizar, perspetivando o alinhamento das temáticas a explorar, assim como dos possíveis métodos e técnicas a aplicar, tendo em conta o objeto de estudo;

(ii). Numa segunda fase, procurou-se, através da leitura de artigos, livros e estudos existentes na área da saúde, da estratégia das organizações e da metodologia de investigação, a sustentação concetual e metodológica para a investigação a empreender;

(iii). O terceiro momento consistiu no início da efetivação dos registos dos conceitos e perspetivas que serviriam de âncoras concetuais ao desenvolvimento teórico do trabalho, assim como à seleção definitiva dos métodos e técnicas a utilizar na sua vertente empírica. Considerando que sem registo não existe investigação e que sem método não há ciência, esta fase revelou-se de importância crucial;

(iv). A fase seguinte centrou-se na construção de cada instrumento de suporte a cada uma das técnicas selecionadas, nomeadamente a técnica de Observação, a técnica de Entrevista e a técnica de aplicação de Questionários, de modo a recolher a informação mais pertinente para o estudo. Esta fase preocupou-se ainda com a estruturação do método MACTOR que, servindo-se do conhecimento oriundo dos resultados das técnicas anteriormente utilizadas, permitiu equacionar jogos de atores (coordenadores, médicos, técnicos e clientes), em termos de motivações, objetivos e relações de força, para formular recomendações estratégicas coerentes;

(v). Através da utilização da técnica de Observação retiraram-se ilações sobre o funcionamento do Departamento de Imagiologia, que se vieram a revelar muito importantes para afinar a aplicação das técnicas posteriores. Com efeito, foi através desta técnica que se compreendeu qual era a dinâmica de processos, a forma como as pessoas reagem a determinadas situações e como isso influenciava o seu quotidiano profissional (a garantia do anonimato relativamente a esta técnica foi essencial para conseguir veracidade nos fatos);

(vi). Com a Observação percebeu-se ainda que a aplicação da técnica de Entrevista seria mais apropriada a um determinado tipo de atores, nomeadamente Coordenadores, Técnicos e Médicos, enquanto os Questionários seriam mais apropriados aos Clientes. No caso dos Clientes pretendia-se adquirir muita informação mas não muito específica e de forma rápida, sendo que para os outros atores pretendia-se informação mais detalhada e precisa, num tempo mais prolongado.

Em suma, a aplicação conjugada das várias técnicas mostrou-se bastante importante e benéfica, pois permitiu fazer a “triangulação de resultados” e tirar conclusões válidas e pertinentes.

Assim, se a aplicação da Observação permitiu perceber, globalmente, o tipo de funcionamento processual e de recursos existentes, proporcionando desde logo equacionar caminhos mais viáveis, a técnica da Entrevista permitiu retirar ilações bastante mais específicas. Com efeito, foi com a Entrevista que se descobriram ideias muito particulares, consubstanciadas em conceções, objetivos e estratégias bem características do quotidiano do Departamento. O processo de Análise de Conteúdo, utilizado para exploração da Entrevista, permitiu ainda identificar e confirmar aspetos menos evidentes, mas igualmente importantes. Quanto aos Questionários, a sua exploração proporcionou também informação muito pertinente, nomeadamente em termos de eficácia, pois foi através desta técnica que se identificaram os processos e os recursos que estão a conseguir atingir positivamente o principal alvo estratégico: o Cliente.

Quanto ao método MACTOR, ele assegurou a interpretação conjugada de toda a informação de forma relativamente simples e clara, mas muito trabalhosa. Permitiu pôr em relevo os jogos dos atores em estudo, as suas convergências e divergências em termos de objetivos, avaliando as suas relações de forças, para formular recomendações de natureza estratégica para o Centro de Imagiologia.

No total, sintetizamos, em concreto, as seguintes conclusões a que este estudo nos permitiu chegar:

- O Centro de Imagiologia do Hospital da Luz é um centro inovador, apresentando equipamentos vanguardistas e que se encontram em constante atualização;

- Existe uma equipa de profissionais relativamente motivada e equilibrada agregando a experiência dos profissionais mais velhos com a vontade de aprender por parte dos profissionais mais novos;

- O fluxo de trabalho é bastante considerável o que dificultou as análises efetuadas ao nível processual. É também este mesmo fluxo que deve ser tomado em consideração para uma melhor organização das marcações e tempos de exame;

- A formação e a investigação científica são as temáticas que necessitam de ser mais exploradas a longo prazo, tendo em conta os objetivos definidos pela própria instituição.

- A motivação é a temática que necessita de ser revista e programada de forma a abranger todos os profissionais de forma equilibrada, não querendo isto dizer que todos deverão ser motivados da mesma maneira.

- Ao nível de processos é um departamento que se encontra bem estruturado, no entanto, existem alguns protocolos ao nível dos cuidados de saúde e da prática técnica que devem ser revistos e atualizados para uma resposta mais eficiente, resultando também numa melhoria da eficácia ao nível dos tempos de espera e de exame.

Tendo em conta estas conclusões e as hipóteses iniciais de investigação formuladas, podemos afirmar que:

- A Hipótese 1, referente à *Liderança exercida no Centro de Imagiologia caracterizando-se como moderna e segundo o estilo democrático*, foi refutada devido ao fato de, nos resultados conseguidos, não ter sido detetada nenhuma evidência que confirme a existência deste tipo de Liderança no Centro de Imagiologia.

- A Hipótese 2, referente a *“Motivação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada na Teoria do Reforço”*, foi refutada devido ao fato de, nos resultados apresentados, não ter sido detetada nenhuma evidência que a confirme no CI.

- A Hipótese 3, referente a *“Formação é encarada como um assunto fundamental sendo exercida e baseada num plano adaptado aos colaboradores e ao fluxo de trabalho”*, foi refutada devido ao fato de, nos resultados conseguidos, não ter sido detetada nenhuma evidência que a confirme no CI.

- A Hipótese 4, referente a *“Centro de Imagiologia acompanha e aplica nos seus Equipamentos as principais mudanças do sector”*, foi confirmada devido ao fato de, nos resultados apresentados, terem sido detetadas evidências que a confirmam.

- A Hipótese 5, referente a *“Relação existente entre as Instituições do Ensino Superior e o Centro de Imagiologia proporciona um bom ambiente que propicia a prática de Investigação na área da Imagiologia”*, foi confirmada devido ao fato de, nos resultados conseguidos, terem sido detetadas evidências que a confirmam.

- A Hipótese 6, referente a *“Posicionamento Estratégico do Centro de Imagiologia caracteriza-se pelo facto de este departamento ser central para o diagnóstico médico”*, foi confirmada devido ao fato de, nos resultados conseguidos, terem sido detetadas evidências que a confirmam.

Concomitantemente e em relação aos Objetivos Gerais, previamente fixados, podem também afirmar o seguinte:

- Relativamente ao 1º Objetivo Geral, nomeadamente *“Perceber quais são as políticas de gestão neste Centro de Imagiologia do Hospital da Luz”*, há a referir que as políticas de gestão deste centro se baseiam para a concretização e manutenção da satisfação do cliente e na sustentabilidade equilibrada. Ou seja, qualquer aposta de melhoria contínua tanto dos equipamentos como dos profissionais é sempre com o intuito de satisfazer as necessidades dos clientes que procuram o Hospital da Luz, mas sem perder uma noção da realidade

envolvente. Todas as apostas são pensadas e discutidas baseadas nas tendências e nas evidências dos resultantes do controlo de gestão.

- Quanto ao 2º Objetivo Geral deste trabalho, em concreto, *“Perceber como tem sido acompanhada a evolução da Imagiologia pelo Centro de Imagiologia do Hospital da Luz”*, devemos salientar que esse acompanhamento é sistemático visto que, em relação aos profissionais, apesar de não existir ainda um plano formativo definido existe muita vontade de melhorar e acompanhar todas as novidades da área; em relação aos equipamentos, a aposta inicial de equipamentos vanguardistas torna possível, também através das suas atualizações constantes, iniciar e praticar técnicas de diagnóstico que terão ainda pouca evidência a nível nacional.

- No que concerne o 3º Objetivo Geral, ou seja, *“Perceber que tipo de orientação de futuro pode este Centro de Imagiologia definir”*, constatou-se que há uma grande vontade para iniciar a criação das âncoras necessárias para a prática de Investigação Científica. Isso verifica-se ao nível da relação existente com as instituições de ensino superior e empresas, passando pelo incentivo à formação pós graduada e avançada dos profissionais, finalizando com a criação de uma base de dados.

Em relação aos Objetivos Específicos, há a salientar o seguinte:

- Relativamente ao 1º Objetivo Específico, nomeadamente *“Perceber qual a teoria de Liderança aplicada”* há que referir que esta não se encontra bem definida isto é, podemos afirmar que se encontra com características do estilo democrático e do estilo autocrático.

- Relativamente ao 2º Objetivo Específico do trabalho *“Perceber qual a teoria de Motivação aplicada”*, constatou-se que esta se caracteriza pela aproximação ao Modelo dos Dois Fatores de Herzberg, apesar da sua aplicação não efetuada com equidade por todos os profissionais.

- Quanto ao 3º Objetivo Específico, *“Perceber qual é a política de Formação”*, deduz-se que apesar de existir formações pontuais e participações em formações externas, não existe um plano formativo anual definido e estruturado para os colaboradores.

- No que diz respeito ao 4º Objetivo Específico, ou seja, *“Perceber qual é a política de actualização e evolução do Equipamento”*, verificou-se que o Centro de Imagiologia se mantém na vanguarda da atualização e evolução de equipamentos, em resultado do acordo entre o Centro de Imagiologia e as empresas fornecedoras.

- Relativamente ao 5º Objetivo Específico, nomeadamente *“Perceber que relação existe entre o Centro de Imagiologia e as Instituições de Ensino Superior relativamente à Investigação Científica”*, constatou-se que o Centro de Imagiologia mantém uma relação bastante boa com essas Instituições, promovendo um ambiente propício ao início de atividades de Investigação Científica.

- Relativamente ao 6º Objetivo Específico deste trabalho, ou seja, *“Perceber o papel estratégico do Centro de Imagiologia”* ficou claro que o Centro mantém uma posição decisiva no reforço da eficiência e eficácia das respostas às necessidades do Hospital da Luz.

- No que concerne o 7º Objetivo Específico do trabalho, nomeadamente *“Perceber qual o nível de Satisfação dos clientes relativamente aos serviços prestados na Imagiologia”* verificou-se que o Centro de Imagiologia proporciona um nível de Satisfação bastante elevado aos seus Clientes.

Partindo do princípio que cada estudo não se limita a si próprio, referem-se de seguida algumas pistas para possíveis estudos futuros:

1. Com base nos dados exploratórios conseguidos, avaliar a qualidade da prestação de serviços de forma mais profunda e detalhada;
2. Explorar os posicionamentos dos Clientes de forma mais detalhada;
3. Estudar a perceção dos outros Departamentos do Hospital da Luz relativamente à prestação de serviços do Centro de Imagiologia;
4. Identificar e estudar a influência da prestação de serviços do Centro de Imagiologia nos outros Departamentos do Hospital da Luz;
5. Realizar estudos análogos e comparativos entre o Centro de Imagiologia e outros Centros do Hospital da Luz;
6. Efectuar estudos idênticos, noutras unidades hospitalares análogas, para se conseguirem termos comparativos.



Para terminar, importa referir que este estudo, sendo precursor em termos de temáticas e respetivo objeto de aplicação, nomeadamente a análise da Gestão e do Posicionamento Estratégico de um Centro de Imagiologia para prospetivar o seu desenvolvimento, apresenta, naturalmente, algumas debilidades que convém ultrapassar em estudos futuros.

Neste caso, elas prenderam-se essencialmente com dificuldades sentidas em termos de mobilização para o estudo de um dos atores em análise (os médicos), tendo-se conseguido a adesão e respetivo contributo de apenas uma minoria. Por isso, as ilações emanadas deste ator, neste estudo, devem ser lidas com a devida ponderação. Um outro ponto a salientar e que num futuro estudo deve ser mais preponderante, prende-se com as análises estatísticas feitas aos questionários dos Clientes, de natureza meramente descritiva e exploratória, devendo em estudos futuros avançar-se para análises mais explicativas, articulando também estatística multivariada (análises factoriais, de clusters e discriminantes).

De qualquer modo, estamos convictos de ter alcançado os objetivos a que nos propusemos e, com este estudo, termos dado algum contributo para aguçar a apetência para uma “vigilância” permanente da Gestão das Organizações, no sentido de antecipar ameaças e oportunidades de contexto, para corrigir rotas sem, no entanto, perder o Norte ou paralisar. Conforme faz lembrar Godet (1993), “infelizmente, esta atitude de vigilância não é a mais normal entre os dirigentes, pois quando tudo corre bem eles podem passar sem ela e, quando tudo corre mal, ela não lhes serve para nada. Aprendem, assim, à sua própria custa que a reparação custa, geralmente, mais caro do que a prevenção”. Para além de que, no contexto atual, em Gestão, o preço da não decisão e respetiva inação é, normalmente, superior ao preço da decisão com erro.

A inação é considerada um dos males maiores para a competitividade de empresas e organizações. Esta não é garantida só por ganhos de produtividade, mas também e, essencialmente, pela tomada de decisões oportunas, em defesa da qualidade e inovação que dependem, em primeiro lugar, da iniciativa de cada um. Torna-se, assim, cada vez mais claro que o principal fator de competitividade e de excelência, como o faz vincar, novamente Godet, é o fator humano e organizacional. Ou seja, paradoxalmente, nesta sociedade altamente tecnocrática, continuam a ser os homens e as organizações a fazer a diferença.

Importa, por isso, olhar o futuro com “lentes” adequadas para iluminar o presente. A prospetiva ocupa-se disso mesmo e foi por isso que a utilizámos neste trabalho, procurando que ele tenha iluminado a direção de um futuro diligente onde se consiga fazer e obter mais e melhor... para todos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Alvarenga, A. (2001). Aplicação do método MACTOR ao processo de integração Europa – “Nice” e a Reforma Institucional. *Prospectiva e planeamento*, 7, 105-162.

Asch, M. & Baerlocher, M. (2004). The future of radiology research. *Can Assoc Radiol J*, 55 (5), 315-20.

Batista, P., Melo, R., Klein, M., Almeida, F., Ribeiro, R. (2006). As implicações estratégicas do jogo de actores para a indústria de Energia: aplicação da teoria dos *stakeholders* e da análise prospectiva. *XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. Fortaleza.

Batista, P. et al. (2007). Uma análise prospectiva dos desafios estratégicos de uma empresa do sector energético. Foz do Iguaçu: *XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*.

Baranano, A. (2004). *Métodos e técnicas de Investigação em Gestão*. Lisboa: Edições Sábado, Lda.

Bardin, L. (1977). *Anthropologie Appliquée*. Paris: Payot

Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação – Trajectos*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

Beyrer, K., Fliedner, T., Frirsecke, I. (2001). How to cope with radiation accidents: the medical management. *The British Journal of Radiology*, 74, 121–122.

Bhagwat, J. et al. (2004). Clinical Operations Management in Radiology. *J Am Coll Radiol*, 1, 632-640.

Borges, A., Rodrigues, J., Morgado, J. (2007) *Contabilidade e Finanças para a Gestão*. Lisboa: Áreas Editora.

Bryan, S., Buxton, M., Keen, J., Muris, N., Weatherburn, G. (1995). Evaluation of diffuse technologies: the case of digital imaging networks. *Health Policy*, 34, 153-166.

Bryan, S., Buxton, M., Keen, J., Muris, N., Weatherburn, G. (1995). Issues in the evaluation of picture archiving and communication systems. *Health Policy*, 33, 31-42.

Campenhoudt, L. & Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

Campenhoudt, L. & Quivy, R. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

Camponovo, J. (2004). The Business of Radiology: Cost Accounting. *J Am Coll Radiol*, 1, 567-575.

Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação. Guia para a auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carrions, J., Reiner, B., Siegel, E. (2002). Workflow Optimization: Current Trends and Future Directions. *Journal of Digital Imaging*, 15 (3), 141-152.

Carvalho, M. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde – Uma abordagem estratégica*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica.

Chiavenato, I. (2000). *Teoria Geral de Administração*. Rio de Janeiro: Editora Campus, Lda.

Chrysanthopoulou, A. et al. (2007). Trends and future needs in clinical radiology: Insights from an academic medical center. *Health Policy*, 80, 194–201.

Cunha, G., Martins, M., Sousa, R., Oliveira, F. (2007). *Estatística aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Porto: Lidel - edições técnicas, Lda.

Deshaies, B. (1992). *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Detzel, D. & Desatnick, R. (1995). *Gerenciar bem é manter o cliente*. São Paulo: Pioneira.

Fernández, S. & Díaz, S. (2002). Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-78.

Firmino, M. (2002). *Gestão das Organizações. Conceitos e tendências actuais*. Lisboa: Escolar Editora.

Friedenberg, R. (1999). The Future of Medicine and Radiology. *Radiology*, 213, 3-5.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Freixo M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gibson, J., Ivancevich, J., Donnelly, J., Konopaske, R. (2006). *Organizações – Comportamentos, Estrutura e Processos*. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda.

Gil, A. (2002). *Como elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas SA.

Gil, A. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas SA.

Godet, M. (1993). *Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção*. Lisboa: publicações D. Quixote.

Godet, M. (2006). *Creating futures: Scenario Planning as a Strategic Management tool*. Economica.

Godet, M. *et al.* (1997). *A "Caixa de Ferramentas" da Prospectiva Estratégica*. Cadernos do CEPES.

Godet, M. & Durance, P. (2008). *La prospective stratégique pour les entreprises et les territoires*. Paris: Dunod.

Godri, D. (1994). *Conquistar e manter clientes*. Editora: Blumenau-SC Eko.

Gomes, D. (2000). *Cultura Organizacional, Comunicação e Identidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Guerra, I. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*. Parede: Principia Editora.

Harolds, J. (2005). Effective Radiology Teams. *J Am Coll Radiol*, 2, 151-158.

Harolds, J. & Wood, P. (2006). Conflict Management and Resolution. *J Am Coll Radiol*. 3, 200-206.

Hailey, D. & McDonald, I. (1996). The assessment of diagnostic imaging technologies: a policy perspective. *Health Policy*, 36, 185-197.

Ivancevich, J., Lorenzi, P., Skinner, S., Crosby, P. (1997). *Management – quality and Competitiveness*. Chicago: Irwin.

Kotler, P. (1998). *Administração e Marketing*. São Paulo: Atlas.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (2010). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Levin, D. & Rao, V. (2007). Turf Wars in Radiology: The Future of Radiology Depends on Research - And on Your Support of It! *J Am Coll Radiol*, 4, 184-186.

Marconi, M. & Lakatos, E. (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas, SA.

Margulis, A. & Sunshine, J. (2000). Radiology at the turn of millennium. *Radiology*, 214, 15-23.

Miele, V., Andreoli, C., Grassi, R. (2006). The management of emergency radiology: Key facts. *European Journal of Radiology*, 59, 311–314.

Mintzberg, H. (1999). *Estrutura e dinâmica das Organizações*. Publicações Dom Quixote, Lda.

Oliveira, S. (2002). *Tratado de Metodologia Científica – Projectos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. São Paulo: Thomson Pioneira.

Otero, H., Ondategui-Parra, S., Nathanson, E., Erturk, S., Rós, P. (2006). Utilization Management in Radiology: Basic Concepts and Applications. *J Am Coll Radiol*, 3, 351-357.

Potchen, J. (1994). Future of Diagnostic Radiology. *RadioGraphics*, 14, 936-938.

Porter, M. (1996). What is strategy?. *Harvard Business Review*, 74(6), 61(18).

Perestrelo, M., Amor, T., Moura, D. (2000). Análise da estratégia de actores na zona Oeste – Interacções, Conflitos e Consensos. Coimbra: *IV Congresso Português de Sociologia*.

Reto, L., Nunes, F. (1999). "Métodos como estratégia de pesquisa", *Revista Portuguesa de Gestão*, 1, 21 - 32.

Santos, A. (2008). *Gestão Estratégica – Conceitos, modelos e instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora.

Sousa, L. & Pisco, J. (1999). *Noções Fundamentais de Imagiologia*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

Ulrich, D., & Smalwood, N. (2004) – Capitalizing on Capabilities. *Harvard Business Review*, 82(6), 119(9).

Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods*. Lisboa: Saja Publications.

Sítios da Internet:

Hospital da Luz. *Espírito Santo Saúde*. (n.d.). Recuperado em Junho, 2009a, do <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=2>

Hospital da Luz. *Hospital da Luz*. (n.d.). Recuperado em Junho, 2009b, do <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=1>

Hospital da Luz. *Hospital em Números*. (n.d.). Recuperado em Junho, 2009c, do <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=66>

Hospital da Luz. *Missão e Valores*. (n.d.). Recuperado em Junho, 2009d, do <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=3>

Ministério da Saúde. *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. (n.d.). Recuperado em Junho, 2009a do <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/estatuto+do+sns/estatuto+sns.htm>

Ministério da Saúde. *História do Serviço Nacional de Saúde*. (n.d.). Recuperado em Junho 2009b do <http://www.portaldasaude.gov.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/default.htm>

Ministério da Saúde. *Lei Orgânica do Ministério da Saúde*. (n.d.). Recuperado em Junho 2009c do <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/lei+organica/lei+organica2.htm>

Ministério da Saúde. *Sistema Nacional de Saúde*. (n.d.). Recuperado em Junho 2009d do <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Organização Mundial da Saúde. *Definição*. (n.d.). Recuperado em Junho 2009 do <http://www.who.int/about/en/index.htm>



## **ANEXO I – QUESTIONÁRIO AOS CLIENTES**

---

## Estudo Prospectivo sobre Unidades de Imagiologia: Gestão, Posicionamento Estratégico e Perspectivas de futuro.

Este questionário insere-se num estudo de Investigação que pretende avaliar, entre outros pontos, a forma como o Centro de Imagiologia se posiciona actualmente na sua prestação de serviços para perceber como deve melhorar. Para que esta avaliação seja o mais completa possível é fundamental saber a opinião do cliente pois, é para este que se dirigem todas as melhorias na prestação de cuidados de saúde.

Este questionário abrange um conjunto de temáticas relativas ao modo como o cliente percebe o Centro de Imagiologia e as actividades que esta desenvolve.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, sendo assim a única forma possível de perceber verdadeiramente o ponto de vista do cliente relativamente à prestação dos serviços que se encontram em estudo.

Não **há respostas certas ou erradas** relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu **anonimato** será respeitado.

Para o correcto preenchimento do questionário terá de colocar um X no quadrado referente ao Grau de Avaliação que entende ser o mais indicado para cada questão.

Grelha de Avaliação:

1 = Muito Fraco; 2 = Fraco; 3 = Sem opinião/Não respondo; 4 = Bom; 5 = Muito Bom;

**DATA\*:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IDADE\*:** \_\_\_\_\_

**SEXO\*:**

Feminino

Masculino

**HABILITAÇÕES** (opcional): \_\_\_\_\_

**PROFISSÃO** (opcional): \_\_\_\_\_

\*Questões obrigatórias

<b>Grupo de Questões</b>							
<b>Nº</b>	<b>Indicador de Avaliação</b>	<b>Grau de Avaliação</b>					<b>Sugestões/Reclamações</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
1.	Prestação de Serviços na Recepção						
2.	Prestação de Serviços na Sala de Exame Radiológico						
3.	Cortesia no Atendimento na Recepção						
4.	Cortesia no Atendimento na Sala de Exame						
5.	Rapidez de Atendimento na Recepção						
6.	Rapidez de Atendimento nas Salas de Exame						
7.	Clareza da Informação prestada						
8.	Acessibilidade a qualquer Informação pretendida pelo cliente						
9.	Qualidade da Informação prestada						
10.	Rapidez da resposta às questões solicitadas						
11.	Qualidade do atendimento telefónico						
12.	Qualidade de Imagem do Centro de Imagiologia						
13.	Comodidade do Centro de Imagiologia						
14.	Envolvimento dos profissionais na prestação de serviços						
15.	Simpatia dos profissionais do Centro de Imagiologia						
16.	Meio de pagamentos acessíveis						



## **ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA – OPERACIONAIS**

---

## **I – MEMBROS OPERACIONAIS**

1º - Que características tem que ter o líder desta equipa para ser considerado uma pessoa com influência para motivar e compreender todo o ambiente envolvente ao e do departamento? E como deve actuar?

2º - Qual o posicionamento estratégico actual e para futuro do Centro de Imagiologia?

3º - Como é encarada a Formação pelos colaboradores no Centro de Imagiologia?

4º - Como deve ser encarada a Motivação dos colaboradores no Centro de Imagiologia por parte da coordenação?

5º - Como é encarada a comunicação por parte dos colaboradores com os seus pares e para com os clientes no Centro de Imagiologia?

6º - Como caracteriza a área tecnológica no Centro de Imagiologia?

7º - Como caracteriza os protocolos de cuidados de saúde do Centro de Imagiologia?

8º - Como deve ser encarada a Investigação no Centro de Imagiologia do Hospital da Luz?

9º - Que característica deve ter o Centro de Imagiologia para ser encarado como um centro clínico inovador?

---

**ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA –  
COORDENAÇÃO**

---

## **I – MEMBROS DA COORDENAÇÃO**

1º - Que características tem que ter o líder desta equipa para ser considerado uma pessoa com influência para motivar e compreender todo o ambiente envolvente ao e do departamento? E como deve actuar?

2º - Como se caracteriza a estrutura organizacional do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz?

3º - Qual o posicionamento estratégico actual e para futuro do Centro de Imagiologia?

4º - Qual é o perfil do colaborador ideal para o Centro de Imagiologia?

5º - Como é encarada a Formação dos colaboradores no Centro de Imagiologia?

6º - Como é encarada a Motivação dos colaboradores no Centro de Imagiologia?

7º - Como caracteriza a área tecnológica do Centro de Imagiologia?

8º - Como caracteriza os protocolos de cuidados de saúde do Centro de Imagiologia?

9º - Como caracteriza o papel da Investigação científica do Centro de Imagiologia?

---



## **ANEXO IV – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**

---

Categoria	Unidade Semântica de Registo	Unidade Enumeração	Unidade de contexto
<b>C1</b> <b>Caracterização da Coordenação do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz</b>	<b>Liderança</b>	<b>E3-C1-Li-P1</b>	“Tem que ser impulsionador da equipa mantendo a equipa, o mais satisfeita e motivada possível.”
		<b>E1-C1-Li-P1</b>	“O líder de uma equipa deve ser sobretudo determinado nos objectivos, deve saber para onde é que caminha, sobretudo como caminha”
		<b>E2-C1-Li-P2</b>	“Um líder acima de tudo deve estar envolvido com a equipa (...) estar próximo das pessoas e se possível no terreno (...) ter disponibilidade para ouvir as pessoas e os seus problemas mostrando uma capacidade de resolução desses problemas”
		<b>E1-C1-Li-P3</b>	“Um líder deve ser determinado nos objectivos e justo nas acções”
		<b>E1-C1-Li-P4</b>	“O líder tem que ser muito dinâmico, com noção da realidade operacional para poder ajuizar de forma mais completa”
	<b>Organização Estrutural</b>	<b>E1-C1-OE-P1</b>	“A Imagiologia tem duas componentes: clínica e não clínica: na clínica, insere-se a área técnica e médica; na não clínica, insere-se a área administrativa.”
	<b>Posicionamento estratégico</b>	<b>E1-C1-PE-P3</b>	“A imagiologia é uma área que interage com todo o hospital e já ocupa 20% de volume de trabalho e 22% de facturação do orçamento do hospital (...) é uma área que exige estar na vanguarda da tecnologia”
		<b>E1-C1-PE-P4</b>	“A estratégia passa por ter a equipas sincronizadas e apostar em pessoas jovens diferenciadas e inovadoras com uma visão da Saúde em Portugal para o futuro, sendo por isso que apostamos e apoiamos iniciativas de formação avançada e pós-graduada.”
		<b>E2-C1-PE-P4</b>	“Mais estabilidade organizacional e processual é o que se pretende para o futuro deste departamento (...) como vamos estar mais organizados vamos conseguir apresentar uma resposta mais eficaz”
		<b>E3-C1-PE-P1</b>	“Considero que o nosso posicionamento estratégico se baseia e fundamenta numa geração <i>Hi Tec</i> ”
		<b>Caracterização</b>	<b>E3-C1-CC-P1</b>

	<b>dos Colaboradores</b>	<b>E2-C1-CC-P1</b>	“Dinâmica; Assertiva; Calma; Potencial profissional; Iniciativa; Humilde sem critérios elitistas; Boa Comunicação; Jovens com pouca experiência e muita capacidade de apreensão; jovens trazem inovação e ideias novas que podem ser implementadas e que ajudam o serviço, sendo eles também mais fáceis de integrar.”
		<b>E1-C1-CC-P1</b>	“Um profissional para integrar uma equipa em primeiro lugar deve ser muito forte no atendimento ao cliente e deve ter uma grande margem de progressão (...) não sendo necessário que todos façam o mesmo, mas sim encaixar cada uma das pessoas no seu local certo para haver rendimento.”
	<b>Formação</b>	<b>E1-C1-Fo-P2</b>	“(…) o que queremos é que o colaborador não pare de evoluir e que com essa evolução consiga ser para o hospital uma mais valia. (...) O colaborador que tem uma formação pós-graduada tem condições para ser um melhor profissional.”
	<b>Motivação</b>	<b>E1-C1-Mo-P1</b>	“O trabalho mais difícil e duro com que um líder se depara todos os dias. (...) Como motivamos as pessoas? Passa por fornecermos as condições necessárias de trabalho a todos os níveis; fornecemos formação seja interna seja externa; na avaliação de desempenho tentamos sempre fornecer a informação mais completa para percebermos onde a pessoa pode melhorar e quais deve manter; prémios de avaliação de desempenho.”
		<b>E2-C1-Mo-P1</b>	“A forma de estar das pessoas demonstra como estas se encontram integradas (...) e é difícil conseguir motivar, devido a diversos factores: seja pelas características inerentes a cada um de nós, seja pelas características extrínsecas a cada um dos colaboradores (...) o mais importante é perceber o que motiva cada uma das pessoas, pois também cada colaborador se motiva por interesses diferentes.”
	<b>Tecnologia</b>	<b>E3-C1-Te-P1</b>	“Temos equipamentos de Top Gama e equipamentos de Gama alta (sendo que estes últimos são muito equilibrados e polivalentes)”
		<b>E1-C1-Te-P1</b>	“Ao nível de sistema de informação, este, está em constante evolução, sendo de referir que a transmissão a qualidade e a segurança de dados clínicos é bastante elevada, isto ao nível intrínseco ao sistema. Ao nível extrínseco depende de quem o está a operacionalizar.”
		<b>E2-C1-Te-P1</b>	“O sistema de informação oferece-nos uma capacidade e uma viabilidade muito boa para executarmos o nosso trabalho. No entanto, são precisas algumas optimizações que detectamos no dia-a-dia do serviço, sendo algumas vezes um pouco burocrático”.

		<b>E1-C1-Te-P3</b>	“O <i>Soarian</i> tem várias barreiras electrónicas que fazem com que seja a aplicação informática, que caracteriza o processo clínico dos clientes, mais segura que conheço. (...) Foi o primeiro processo clínico electrónico da Península Ibérica sendo que existem alguns pontos que devem ser melhorados.”
		<b>E1-C1-Te-P4</b>	“Este sistema tem ainda uma componente de Teleradiologia onde os médicos conseguem aceder através de duas VPNs e de um <i>Token</i> (sistema de códigos que muda de 10 em 10 segundos), preconizando um acesso ao arquivo e à informação do hospital com um grau de segurança elevadíssimo.”
	<b>Cuidados de Saúde</b>	<b>E1-C1-CS-P1</b>	“A imagiologia atingiu um grau de estabilidade a este nível, passando já para o nível de optimização de procedimentos.”
		<b>E1-C1-CS-P2</b>	“Com 15 mil exames por mês, apresentamos um factor importantíssimo: não existe discriminação entre clientes tendo em consideração as suas seguradoras.”
		<b>E1-C1-CS-P3</b>	“Queremos realizar uma triagem clínica de acordo com o tipo de patologia atribuindo urgência na realização do exame conforme a mesma.”
		<b>E1-C1-CS-P4</b>	“Tendo em consideração que a ESS ganhou o concurso para o Hospital de Loures, vamos conseguir “drenar” clientes consoante as possibilidades financeiras dos mesmos sem perda de informação ou de qualidade clínica visto que o novo hospital terá o mesmo tipo de equipamentos disponíveis.”
		<b>E4-C1-CS-P2</b>	“Temos profissionais treinados para responder a qualquer situação que suscite alguma intervenção mais rápida e eficaz, seja em emergência ou rotina (...) pois, a uniformização contínua permite maior eficácia”.
	<b>Investigação Científica</b>	<b>E1-C1-IC-P1</b>	“Começamos a dar os primeiros passos na investigação, sendo que neste departamento a área que se encontra em desenvolvimento é a Neuroradiologia e a Unidade da Mulher.”
		<b>E1-C1-IC-P3</b>	“É de referir que existe um protocolo entre o CI e a <i>Siemens</i> para efectuar estudos científicos que permitam aperfeiçoar os equipamentos.”
		<b>E3-C1-IC-P3</b>	“O HL tem um protocolo com a ESTSL sendo uma relação necessária e a manter.”
		<b>E2-C1-IC-P2</b>	“Já houve vários projectos de licenciatura e de mestrado a serem realizados no HL e é através destas parcerias que conseguimos manter actualização e melhoria no serviço.”
		<b>E2-C1-IC-P4</b>	“Tudo o que seja para melhorar a organização deve ser

			considerado.”
		<b>E3-C1-IC-P4</b>	“Temos um protocolo de formação com a ESTELS mas existe uma relação entre o muito bom e óptimo com as outras escolas”.
<b>C2</b> <b>Caracterização do grupo Operacional Técnico do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz</b>	<b>Liderança</b>	<b>E1-C2-Li-P1</b>	“É importante o líder estar presente e em contacto com todos os profissionais, sabendo os problemas e preocupações de todos os profissionais.”
		<b>E2-C2-Li-P3</b>	“A divisão de tarefas deve ser bem definida para criar o menos desgaste possível.”
		<b>E4-C2-Li-P1</b>	“Deve ser um bom ouvinte e comunicador para saber passar a mensagem e os valores que definem a organização (...) desenvolver um espírito crítico para nos colaboradores para ajudar a partilha de conhecimento dentro da organização.”
		<b>E5-C2-Li-P3</b>	“Definir protocolos e regras para minimizar o erro.”
		<b>E7-C2-Li-P1</b>	“Deve ser pessoa apaixonada pelo projecto, dinâmica, exigente, compreensível, competente, humana, sentido de gestão e organização. (...) Um líder tem que ser um bom estratega.”
	<b>Posicionamento estratégico</b>	<b>E1-C2-PE-P1</b>	“Somos o centro do hospital, no sentido em que as características que nos definem fazem com que sejamos necessários na quase totalidade dos processos clínicos.”
		<b>E5-C2-PE-P3</b>	“O nosso departamento tem tendência para ser cada vez mais preponderante devido à evolução que a tecnologia toma.”
		<b>E10-C2-PE-P2</b>	“Somos cada vez mais precisos porque se está a descorar-se um pouco a anemese e a clínica (...) e assim, temos um papel importante e útil porque os meios de diagnóstico e terapêutica são meios complementares que permitem completar e definir todo o diagnóstico.”
		<b>E11-C2-PE-P1</b>	“É um serviço com bases sustentadas para poder avançar e poder continuar a ser um serviço de qualidade, (...) nomeadamente pela qualidade da nossa formação aplicada à prática devido ao fluxo de trabalho que nele existe.”
		<b>Formação</b>	<b>E3-C2-Fo-P1</b>

		<b>E9-C2-Fo-P2</b>	“Um plano de formação anual é essencial devendo incidir em áreas como a segurança, comunicação, aperfeiçoamento de uma língua estrangeira e formação complementar de emergência.”
	<b>Motivação</b>	<b>E1-C2-Mo-P2</b>	“As pessoas são todas diferentes umas das outras e cada uma delas tem uma determinada importância no serviço e como tal é isso que deve ser valorizado.”
		<b>E4-C2-Mo-P1</b>	“Mais atenção, compreensão e companheirismo seria uma ótima forma de motivação.”
		<b>E5-C2-Mo-P1</b>	“O contrato de trabalho é um passo extremamente decisivo na forma como a pessoa encara mais um dia de trabalho.”
		<b>E5-C2-Mo-P2</b>	“A insegurança não trás utilidade.”
		<b>E7-C2-Mo-P3</b>	“Incentivar à melhoria e mostrar confiança é passo determinante.”
		<b>E8-C2-Mo-P2</b>	“(…) ter responsabilidades e ter um horário adaptado que permita a dedicação a uma área.”
		<b>E15-C2-Mo-P3</b>	“O tempo é essencial para os colaboradores (…) é importante que a pessoa se sinta justificada.”
		<b>E15-C2-Mo-P4</b>	“Perceber quando existem objectivos gerais de equipa que são cumpridos por todos e perceber quais são os objectivos específicos a serem cumpridos por cada um (…) a questão financeira é a mais importante devendo ter em consideração que os objectivos são atingidos e muitas vezes ultrapassados.”
	<b>Comunicação entre actores</b>	<b>E3-C2-CA-P2</b>	“Tem que ser uma comunicação eficaz, assertiva e paciente (…) porque a pessoa é uma pessoa a ter em conta.”
		<b>E5-C2-CA-P2</b>	“Nos profissionais deve ser mantida uma relação estruturada, formal e de forma bastante profissional. Para que isto aconteça de forma eficiente é necessário definir bem os papéis e as tarefas de cada um dos intervenientes.”
		<b>E10-C2-CA-P2</b>	“(…) no sentido em que todos tentam ter uma voz participativa e pró activa para que o cliente saia satisfeito.”
		<b>E12-C2-CA-P3</b>	“a comunicação é boa mas é melhor dentro do serviço do que com os outros serviços.”
		<b>E17-C2-CA-P2</b>	“(…) apesar de todos nós comunicarmos com respeito e com alguma compreensão é nos muito difícil obter uma relação entre profissional e doente como seria o ideal (…) manter uma acessibilidade que permita a existência de confiança entre todos.”

		<b>E18-C2-CA-P1</b>	“A comunicação tem que ser adaptada a cada uma das pessoas sempre mantendo o que deve ser realmente preservado, como o respeito e a compreensão, mas mostrando sempre assertividade e eficácia”.
		<b>E18-C2-CA-P1</b>	“Ao nível dos profissionais é um pouco diferente e decrescente: é muito impessoal, muito delicado para não falar inconveniente, com burocracia a mais, falta de organização e de informação.”
	<b>Tecnologia</b>	<b>E1-C2-Te-P2</b>	“Comparando este tipo de abordagem tecnológica em relação a uma abordagem mais analógica, na minha opinião traz mais problemas, erros e avarias.”
		<b>E2-C2-Te-P1</b>	“A segurança na protecção da informação, é um ponto muito forte em relação à abordagem analógica”.
		<b>E4-C2-Te-P2</b>	“Fazendo uma avaliação global do SI concluo que o rendimento é maior em termos de capacidade de execução de exames mas não na sua qualidade por não aproveitarmos a sua capacidade máxima.”
		<b>E6-C2-Te-P3</b>	“(…) é de salientar que estão subaproveitados.”
		<b>E7-C2-Te-P4</b>	“O sistema informático tem muito mais vantagens que o sistema analógico: permite trabalhar a imagem, permite passar melhor a informação e de forma mais segura, sem perder qualquer tipo de informação clínica.”
		<b>E10-C2-Te-P2</b>	“A Informação disponibilizada é suficiente, no entanto verificam-se algumas dificuldades que resultam da falta de formação.”
		<b>E11-C2-Te-P2</b>	“(…) como tudo tem as suas lacunas, existe um apoio informático 24 horas disponível que permite que essas mesmas deficiências sejam minoradas.”
		<b>E13-C2-Te-P1</b>	“A confidencialidade é um ponto assente neste sistema permitindo a cada área profissional aceder há informação que precisa não havendo exageros nem faltas.”
	<b>Cuidados de Saúde</b>	<b>E2-C2-CS-P2</b>	“Existir um registo formativo auxiliar de procedimentos em emergência que nos mostre como actuar e como proceder em cada caso específico.”
		<b>E8-C2-CS-P1</b>	“Conhecer melhor os procedimentos e os resultados interligados com os outros departamentos.”
		<b>E9-C2-CS-P2</b>	“Padronizar, esquematizar e definir protocolos/metodologias para otimizar as aplicações e as utilizações dos nossos equipamentos melhorando o aproveitamento da informação.”
		<b>E9-C2-CS-P3</b>	“Remarcar os exames (…) consoante a gravidade da patologia”

		<b>E12-C2-CS-P3</b>	“Optimização em algumas matérias que não estão tão ligadas ao âmbito da radiologia: actos de enfermagem e manuseamento de fármacos.”
		<b>E14-C2-CS-P2</b>	“Formação complementar ao nível de comunicação para saber como reagir com a dor.”
		<b>E19-C2-CS-P3</b>	“(…) de forma a não prejudicar a formação das imagens nos equipamentos, efectuar um protocolo de manutenção e preservação dos equipamentos.”
	<b>Investigação Científica</b>	<b>E1-C2-IC-P1</b>	“Optimização da dose em cada exame e se os critérios de protecção e segurança estão a ser bem aplicados ou até otimizados”
		<b>E2-C2-IC-P2</b>	“Temos uma grande vantagem para poder efectuar investigação, pois, temos equipamentos muito bons e avançados tecnologicamente que permitem efectuar exames de áreas que ainda não estão muito estudadas (RMf)”
		<b>E5-C2-IC-P1</b>	“(…) temos bons equipamentos, pessoas preparadas e interessadas mas não existe tempo nem vontade pelo simples facto de se ter uma carga horária bastante pesada.”
		<b>E6-C2-IC-P2</b>	“(…) dar mais formação e disponibilidade às pessoas.”
		<b>E15-C2-IC-P1</b>	“Manutenção das boas relações com as escolas superiores (…) de forma a criar uma comissão de Investigação.”
		<b>E19-C2-IC-P2</b>	“(…) obter pessoas que percebam os processos de investigação e com capacidade de transmissão de ideias de forma clara e perceptível.”
	<b>Inovação</b>	<b>E1-C2-Io-P2</b>	“Apostar nos profissionais para conservar os mesmos numa ideia de evolução contínua e ideológica porque também são esses que vivem o constante crescimento da instituição.”
		<b>E3-C2-Io-P2</b>	“(…) manter os valores de inovação e excelência e isso só com uma constante evolução e monitorização da instituição seja internamente como externamente.”
		<b>E4-C2-Io-P1</b>	“Humanizar mais os protocolos com a criação de uma equipa multidisciplinar (psicólogos, médicos e técnicos) (…) compreender os problemas e tentar minimizá-los pelo menos enquanto temos fundo de acção nessa pessoa é extremamente importante (…) somos uma parte activa na resolução de problemas das pessoas, por isso devemos actuar.”



		<b>E8-C2-Io-P1</b>	“Efectuar visitas a outros hospitais sejam eles regionais, nacionais ou internacionais. (...) Sermos operacionais mas com estratégia sustentada”
		<b>E11-C2-Io-P1</b>	“Controlo e programação de marcações de forma a ser mais eficiente (...) o sucesso de cada exame passa pela resposta adequada aos imprevistos que esse mesmo exame pode trazer, como tal deve haver espaço de manobra para conseguirmos realizar o que quer que seja necessário para a correcta abordagem e solução do problema que apareça.”
<b>C3</b> <b>Caracterização</b> <b>do grupo</b> <b>Operacional</b> <b>Clínico do Centro</b> <b>de Imagiologia do</b> <b>Hospital da Luz</b>	<b>Liderança</b>	<b>E1-C3-Li-P1</b>	“Deve ser justo, imparcial, disponível, objectivo, organizado, saber delegar e especializar funções em pessoas com as mesmas características dele.”
		<b>E2-C3-Li-P2</b>	“(…) pela aceitação e pela forma como se comunica com os demais, isto é, pela forma como se envolve com toda a organização é essencial para levar a mesma a bom porto.”
		<b>E3-C3-Li-P1</b>	“O carisma está a associado à forma como o líder se implanta numa determinada organização sendo que esse mesmo carisma se traduz pela forma como um líder comunica ou motiva a sua equipa.”
	<b>Posicionamento estratégico</b>	<b>E1-C3-PE-P1</b>	“O ponto essencial para este departamento é o facto dos seus profissionais conseguirem interagir em diversas áreas dando resposta directa a algo mais objectivo; conseguimos também comunicar com áreas externas ao departamento com igual eficiência e eficácia.”
		<b>E3-C3-Li-P1</b>	“Somos um serviço determinante porque estamos inseridos numa cadeia de várias especialidades, sendo ao mesmo tempo o elo de ligação entre as mesmas em muitas ocasiões.”
		<b>E4-C3-Li-P2</b>	“A preponderância dos nossos equipamentos no diagnóstico é muito grande, pois somos uma área de primeira linha de actuação para todas as especialidades.”
		<b>E5-C3-Li-P2</b>	“(…) onde investigação é uma área determinante e que faz com que a preponderância aumente.”
	<b>Formação</b>	<b>E1-C3-Fo-P1</b>	“Na área clínica a formação base é muito forte e específica, o que faz com que quando um clínico sai da especialidade saia muito bem preparado; no entanto, a formação contínua através de congressos e conferências é fundamental”

		<b>E4-C3-Fo-P1</b>	“A formação mais avançada deve surgir da participação em congressos ou de centro de investigação.”
	<b>Motivação</b>	<b>E3-C3-Mo-P1</b>	“A motivação está ligada aos resultados e consoante os mesmos podem afirmar-se que equipa se mostrará mais ou menos motivada.”
		<b>E4-C3-Mo-P3</b>	“(…) vejo a área financeira como sendo essencial mas devo dizer que a capacidade de reconhecimento é importante para os níveis motivacionais.”
	<b>Comunicação entre actores</b>	<b>E1-C3-CA-P1</b>	“Na comunicação devemos ter em linha de conta que ninguém é criado de ninguém, devendo como tal respeitar todas as pessoas de igual para igual.”
		<b>E2-C3-CA-P2</b>	“(…) com o cliente é muito boa conseguindo muitas vezes fazer compreender (...) que estamos sempre dispostos a resolver todas as situações.” “Haver mais partilha de comunicação entre todos para melhorar os processos e procedimentos.”
		<b>E3-C3-CA-P1</b>	“Entre profissionais clínicos (...) é bastante boa, pois é sempre tido em linha de conta e em consideração o profissionalismo podendo mesmo mencionar que existe um carinho entre todos. (...) Entre os demais profissionais é tanto melhor e considerada entre o bom e o óptimo.”
		<b>E4-C3-CA-P3</b>	“A nossa postura com o cliente tem por base a humanização de cuidados sendo que a nossa posição é sempre muito proactiva tentando minimizar, sem desprezar mas igualizar a classe social ou outras características mais delicadas que cada cliente possa ter, no fundo manter uma uniformização.”
	<b>Cuidados de Saúde</b>	<b>E2-C3-CA-P1</b>	“Optimização dos processos de informação e comunicação entre profissionais.”
		<b>E2-C3-CA-P2</b>	“Optimizar o processo de partilha de informação, sendo que muitas vezes falta informação clínica para a realização correcta de um determinado exame.”
		<b>E4-C3-CA-P1</b>	“No que toca à optimização de protocolos devo mencionar que sinto que estamos muito bem e que estamos um passo à frente em relação aos outros serviços e até mesmo a outros hospitais.”
	<b>Tecnologia</b>	<b>E1-C3-Te-P1</b>	“Estamos com equipamentos de topo ao nível internacional mas encontram-se subaproveitados.”

		<b>E2-C3-Te-P1</b>	“O sistema não é mau, nem muito intuitivo mas está bem arquitectado e é bastante competente, no entanto deveria existir uma forma de insistir na formação das outras classes profissionais do hospital.”
	<b>Investigação Científica</b>	<b>E2-C3-IC-P1</b>	“Os internos de hoje são os médicos de amanhã e como tal a envolvência com as faculdades deve ser o mais colaborante e cordial possível. O hospital tem uma palavra a dizer no que toca à formação nesse sentido, como tal quanto melhor formar um interno melhor e maior será a sua possibilidade de, caso necessite dele, ter um bom profissional.”
		<b>E3-C3-IC-P1</b>	“A RM funcional é o ponto de investigação fulcral para avançar; aproveitar estudos anteriores para se perceber o que já se fez e mais tarde começar no que ainda se pode fazer: doenças comportamentais disfuncionais por exemplo.”
		<b>E3-C3-IC-P2</b>	“A área dos cardíacos comparando resultados de TC com RM para perceber quais os benefícios de uma e outra consoante determinadas características.”
		<b>E4-C3-IC-P1</b>	“A curto prazo vai existir uma articulação entre várias especialidades e com a Imagiologia para a criação de uma base de dados de casos clínicos, ou seja, verificar todo o caminho que determinado cliente efectua ao longo do seu processo clínico percebendo que tipo de importância teve a posição da imagiologia numa determinada altura da terapêutica ou do diagnóstico. (...) A longo prazo podemos fazer muita coisa: ao nível da dose de radiação nas diversas áreas, ao nível do SAR na RM, ao nível da optimização da resolução da imagem”
	<b>Inovação</b>	<b>E1-C3-Io-P1</b>	“Passa por saber tirar partido do que já temos e isso acontece na intervenção como é o caso do procedimento de embolização de vasos corporais através do radioisótopo Ytrium.”
		<b>E3-C3-Io-P2</b>	“(…) Angio-TC Cardíacos de forma sequencial e não helicoidal contínuo permitindo diminuir a dose de radiação efectiva mas com a mesma informação.”
		<b>E4-C3-Io-P1</b>	“Para que tenhamos evolução e inovação é necessário acompanhar e estar na vanguarda da tecnologia.”

*Unidades de Imagiologia – Gestão, Posicionamento Estratégico e Perspectivas de Futuro – Um Estudo de Caso*

		<b>E4-C3-Io-P2</b>	“Tendo em consideração os nossos equipamentos apostar mais na investigação e em resultado disso publicar as mesmas, para manter a excelência da qualidade de prestação de cuidados.”
		<b>E5-C3-Io-P1</b>	“Um facto inovador aqui no hospital é sermos dos primeiros a nível nacional a projectar um protocolo de baixa dose para TC de SPN, sendo a dose deste exame equivalente a um exame de Radiologia Convencional à mesma estrutura, mas com a diferença de ser muito mais pormenorizado e diferenciado.”
		<b>E5-C3-Io-P3</b>	“O futuro irá passar pela fusão de Imagem, ou seja, consoante a área a estudar independentemente do departamento onde realize o exame.”

## **ANEXO V – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL**

---

## **Plano de Intervenção Sócio - Organizacional para a Gestão, o Posicionamento Estratégico e Perspetivas de Futuro do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz**

### **I - Considerações Preliminares**

Tendo em consideração os resultados do estudo efetuado sugere-se a conceção de uma proposta de plano de intervenção sócio organizacional tendo como horizonte o desenvolvimento de atividades que promovam o melhoramento do departamento.

A presente proposta de plano de intervenção passa por promover e valorizar a Gestão e o Posicionamento Estratégico do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz, de forma a reforçar os pontos fortes apresentados durante o estudo e superando, assim, as possíveis lacunas que foram apresentadas também. É uma proposta que visa, num contexto específico, aplicar uma metodologia direcionada à organização.

Os pontos fortes apresentados anteriormente passam por esta organização ser um centro inovador que ao nível processual se encontra bem estruturado e que apresenta equipamentos de vanguarda, com profissionais motivados e disponíveis para alargar horizontes na área de Imagiologia.

Como principais lacunas apresentadas conclui-se que a necessidade de melhorar a organização ao nível das marcações, protocolos e fluxo de exames é essencial e que por sua vez não ajuda à partilha de comunicação, o que por sua vez também prejudica o próprio funcionamento do quotidiano dos profissionais de Imagiologia. Um outro ponto referido como sendo uma lacuna com possibilidade de melhoria passa pela fraca prática de Investigação Científica; no entanto, deve ser referido que apesar da vontade dos profissionais, da potencialidade dos equipamentos e do bom relacionamento existente com as Instituições de Ensino Superior essa adesão deve ser reforçada.

O posicionamento estratégico deste centro clínico de diagnóstico e terapêutica deve ter em consideração que para adotar uma estratégia definida deve ter em consideração os pontos fortes, para os poder reforçar, e os pontos fracos de maneira a torná-los em oportunidades de melhoria e fortalecer novos caminhos.

Uma das estratégias adotadas passa por inovar na formação contínua dos profissionais, na forma como os podem motivar e liderar e para isso é preciso definir uma linha baseada nos estudos e teorias que existem em cada área específica, sendo que no caso deste departamento essa deve ser uma linha a ser considerada.

A presente proposta de plano de ação passa por diferentes fases em áreas diferentes de intervenção, para as quais se definiu objetivos específicos e atividades a aplicar.

---

## II – Metodologia

A estratégia proposta baseia-se na participação de todos os intervenientes e atores da Investigação, pois considera-se que cada uma tem um papel fundamental e bem definido neste melhoramento e reforço do posicionamento estratégico.

Para definir uma estrutura geral de abordagem numa primeira fase seria necessário realizar uma análise profunda da organização facilitando uma partilha de conhecimentos e maior colaboração intradepartamental (nas diferentes áreas do Centro de Imagiologia), em seguida interdepartamental (entre o Centro de Imagiologia e os outros serviços do Hospital) e por fim interinstitucional (entre o Centro de Imagiologia as instituições que ensino Superior e empresas fornecedoras de serviços, material, equipamento etc).

Para que esta abordagem tenha sucesso terá de ser avaliada e adaptada continuamente através de uma definição de avaliação contínua por parte dos cargos de gestão, e como tal há que definir também, em paralelo com a definição das áreas de intervenção, a melhor forma de perceber e receber o *feedback* dessa aplicação; uma das formas de abordagem, por exemplo, passa pela avaliação através de questionários e/ou de análise aprofundada das avaliações de desempenho praticadas já pelo departamento.

As principais áreas de intervenção nestas diferentes fases apresentadas:

- A - Definição de uma política de Liderança e Motivação;
- B - Definição de plano de formação e actualização de conhecimentos;
- C - Definição de um plano de otimização de protocolos;
- D - Definição de um plano de prática de Investigação;

### A-Definição de uma política de Liderança e Motivação

O Objetivo Geral desta área de intervenção passa por clarificar e identificar a forma como os cargos de chefia e gestão do departamento aplicam as suas políticas e como esta as traduz na envolvimento com os seus colaboradores.

Como objetivos específicos salienta-se o promover a aquisição de conhecimentos ligados à gestão de recursos humanos e promoção de partilha de conhecimentos e maior interação com os colaboradores.

Para que isto seja possível é necessário definir as atividades:

---

- Relativamente ao primeiro objetivo específico aconselha-se a participação em atualizações formativas (congressos e encontros) e frequência em formação pós graduada;

- Relativamente ao segundo objetivo específico aconselha-se a prática de reuniões periódicas (Mensal ou Trimestral, dependendo do tipo de abordagem e temática) com os colaboradores (individual e coletivamente) de forma a promover um maior envolvimento entre da equipa reforçando os laços profissionais e percebendo quais as necessidades e tendências.

#### B-Definição de um plano de formação e atualização de conhecimentos

O Objetivo Geral desta área de intervenção passa por clarificar e identificar quais as temáticas e como estas devem ser estruturadas para um reforço dos conhecimentos dos profissionais do departamento.

Como objetivos específicos salienta-se a definição das temáticas, a estruturação das mesmas e a forma de abordagem.

Para que isto seja possível é necessário definir as atividades:

- Relativamente à definição de temáticas aconselha-se a realização de uma reunião anual que promova um *brainstorming* de promoção das temáticas para o ano seguinte;

- Relativamente à estruturação das temáticas aconselha-se que sejam hierarquizadas por um grau de complexidade crescente, sendo que sempre que existe a aquisição de um novo profissional essa formação deva ser adaptada ao mesmo sem que prejudique a equipa nem o colaborador (Plano de formação de contingência que contemple essa aquisição).

- Relativamente à forma de abordagem teria de ser de acordo com o plano de trabalho e escala definidos durante o ano para que o funcionamento do departamento não fosse prejudicado.

- Incentivar e facilitar formação complementar e pós graduada por parte dos colaboradores, onde seria importante e interessante se as formações exteriores dos colaboradores pudessem ser o mais direcionada possível para a ajuda *a posteriori* do melhoramento da prática clínica e técnica do departamento.

---



### C- Definição de um plano de otimização de protocolos

O Objetivo Geral desta área de intervenção passa por traçar um plano que permita melhorar os protocolos que definem o funcionamento do departamento ao nível processual, técnico e clínico.

Como objetivos específicos salienta-se a estruturação e identificação de todos os protocolos necessários bem como a sua forma de abordagem.

Para que isto seja possível é necessário definir as atividades:

- Relativamente à identificação dos protocolos pode ser efetuado uma avaliação interna que permita perceber quais são os protocolos existentes para o funcionamento de departamento (intradepartamental e interdepartamental); essa identificação pode ser também efetuada com a ajuda dos colaboradores através de reuniões internas de serviço, bem como através de reuniões com os chefes de outros departamentos.

- Relativamente à estruturação dos protocolos, depois de identificados, devem ser testados para assim perceber quais são os que têm mais viabilidade e quais os que necessitam de otimização.

- Relativamente à sua aplicação e à sua qualidade, esta, deve ser verificada periodicamente pelos cargos de chefia, de maneira a existir um controlo e uma perceção real do funcionamento do departamento.

- Para que tudo isto seja possível é necessário que a comunicação seja eficaz e praticada de forma eficiente, como tal todos os colaboradores envolvidos nestes protocolos devem ter conhecimento do que se pratica e de como se deve atuar.

### D- Definição de um plano de prática de Investigação

O Objetivo Geral desta área de intervenção passa por definir os passos principais para a existência de uma prática de investigação.

Como objetivos específicos salienta-se a definição das temáticas, a estruturação das mesmas e a forma de abordagem.

Para que isto seja possível é necessário definir as atividades:

- O primeiro passo sugere a criação de um gabinete/comissão para a organização da prática de Investigação no Departamento.

- O segundo passo sugere a criação de uma base de dados dividida por temáticas devidamente identificadas para posterior consulta, bem como a elaboração de uma pequena biblioteca departamental, *online* e/ou física, que permita a realização

---

de pesquisa; numa primeira fase para a criação desta atividade seria necessário o reforço da colaboração e interação do Centro de Imagiologia com as instituições do Ensino Superior, de maneira a facilitar o acesso e a participação dos colaboradores a matéria essencial para a pesquisa.

- Relativamente à definição de temáticas aconselha-se a realização de uma reunião anual que promova um *brainstorming* de promoção das temáticas para o ano seguinte;

- Relativamente à estruturação das temáticas aconselha-se que sejam hierarquizadas de maneira a que os resultados de umas não prejudiquem as outras, sendo que para que não exista este tipo de conflito de interesses, a temporização das investigações deve ser bem definida e levada ao rigor (devendo ser controlada e verificada pelo gabinete/comissão de investigação).

- Relativamente à forma de abordagem teria de ser de acordo com o plano de trabalho e escala definidos durante o ano para que o funcionamento do departamento não fosse prejudicado, nem prejudicasse a própria investigação.

### **III – Recursos**

Para a Implementação destas atividades previstas nesta proposta de plano de ação, é necessário ter em linha de conta a colaboração de todos os profissionais do departamento, da colaboração de instituições de ensino superior e das empresas que fornecessem os serviços e equipamentos ao Centro de Imagiologia. Como tal, promover a sua colaboração através de visitas, *workshops* e formações é essencial.

Para que esta abordagem tenha sucesso deverá ser também avaliada e adaptada continuamente através de uma definição de avaliação contínua (através de auditorias internas, testes de avaliação e/ou questionários).

### **IV – Notas finais**

A presente proposta de Plano de Intervenção tem como objetivo fundamental definir uma estratégia de reforço do planeamento e posicionamento estratégico deste Centro Clínico.

Os objetivos e as atividades traçadas visam sempre o aumento e o reforço do desenvolvimento do funcionamento do departamento, seja ao nível individual seja ao nível coletivo.

Com esta proposta de aplicação de um plano estruturado pretende-se que o futuro do departamento dependa cada vez mais apenas de si mesmo, reforçando

---

assim a sua posição no hospital e promovendo uma atualização do funcionamento e dos profissionais para novos desafios. Para o devido efeito, a forma de avaliação desta abordagem deve ser definida pela organização de acordo com as suas possibilidades e metodologias aplicadas, no entanto promover um ambiente que proporcione um *feedback* contínuo desta aplicação fomenta um *brainstorming* regular e atualizado.

---

**ANEXO VI – CARTA DE PROPOSTA DE  
INVESTIGAÇÃO AO HOSPITAL DA LUZ**

---

Ex.º Senhor  
Director Centro de Gestão  
Dr. Pedro Patrício  
Hospital da Luz  
Avenida Lusíada, 100,  
1500-650 Lisboa

Eu, **Nuno Esaú Poças Figueiredo Ferreira**, natural da Freguesia de Loures, Concelho de Loures, Distrito de Lisboa, portador do BI nº 12849430 emitido em 23/01/06 pelo Arquivo de Lisboa, e aluno nº 4454 do **Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional**, leccionado pelo **Departamento de Sociologia da Universidade de Évora** em parceria com a **Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Lisboa**, venho por este meio propor a aplicação de um trabalho de investigação subordinado ao tema da área de **Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**, sob a orientação do Professor Doutor António João Coelho de Sousa, docente da Universidade de Évora.

Este trabalho terá como título **“Unidades de Imagiologia: Gestão, Posicionamento Estratégico e Perspectivas de Futuro: Um estudo caso.”**

A Investigação versa sobre a problemática de identificar o papel estratégico da Imagiologia no futuro da Saúde, nomeadamente na convergência com a Gestão e com a Estratégia, traduzindo assim numa análise que deve existir sobre uma área que ainda se encontra muito pouco explorada – Gestão estratégica em Imagiologia. Baseado neste aspecto o trabalho fundamenta-se em dois temas base: a estrutura e metodologia organizativa e perceber até que ponto essas vertentes se encontram na área da Saúde, em especial na Imagiologia.

Sem outro assunto

Com os melhores Cumprimentos

15 de Dezembro de 2008

Nuno Esaú Poças Figueiredo Ferreira

---

**ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO  
DE INVESTIGAÇÃO PELO HOSPITAL DA  
LUZ**

---