

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL
(Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***Diagnóstico e análise das tendências e condições para a implementação
dum modelo de qualidade num Serviço de Imagiologia Hospitalar.***

O Caso da Radiologia Convencional

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Maria Helena Boeiro
Nº6284

Orientador:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora/Lisboa
Dezembro, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL
(Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***Diagnóstico e análise das tendências e condições para a implementação
dum modelo de qualidade num Serviço de Imagiologia Hospitalar.***

O Caso da Radiologia Convencional

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Maria Helena Boeiro
Nº6284

Orientador:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora/Lisboa
Dezembro, 2011

Agradecimentos

Quero expressar o meu sincero agradecimento, em primeiro lugar, ao meu orientador Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva pelo seu apoio, disponibilidade e acompanhamento ao longo de todo este estudo.

Ao António Abrantes, à Silvana Revez e ao Kevin Azevedo pelos conselhos transmitidos e pela sua colaboração.

Aos colegas de mestrado o meu reconhecimento pela troca de experiências proporcionada.

A todos os meus colegas do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, pela sua disponibilidade e compreensão.

Por fim, os meus agradecimentos à minha família e amigos pelo seu incentivo e apoio incondicional.

Resumo

O presente trabalho tem por objectivo elaborar um estudo prospectivo e estratégico com a finalidade de desenvolver posteriormente orientações estratégicas para a implementação do modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), num Serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar, nomeadamente ao nível da radiologia convencional. A partir dos conceitos de qualidade e de análise prospectiva pretendeu-se ao longo deste estudo aplicar a opção metodológica de prospectiva estratégica, designadamente, a adaptação do método de cenários de Michel Godet para a análise das condições de implementação dum sistema de qualidade na área da imagiologia hospitalar.

Os resultados obtidos permitiram uma visão geral dos actores e objectivos mais implicados no sistema em estudo, possibilitando assim, a elaboração de recomendações estratégicas.

Palavras-chave: Prospectiva; Cenários Prospectivos; Qualidade; Governação clínica.

Diagnosis and analysis of trends and conditions for the implementation of a quality model in a hospital radiology service. The case of conventional radiology

Abstract

This work aims to perform a prospective and strategic study with the finality of develop strategic orientations for the implementation of the European Foundation for Quality Management (EFQM) model of excellence, in a Radiology Department of a Hospital, namely in the Conventional Radiology work field.

Based in quality and prospective analysis concepts it is intended to apply the methodological choice of strategic prospective, through the Michel Godet scenery adaptation method in order to carry out the analysis of the implementation conditions of a quality system in a Hospital's Radiology Department

Results allowed a global vision of the actors and of the main objectives related to the studied system, allowing that way, the elaboration of strategic recommendations.

Key-words: Prospective; Prospective Sceneries; Quality; Clinical Governance.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	V
Índice.....	VI
Índice de figuras	VII
Índice de quadros	VIII
Lista de abreviações.....	IX
1. Introdução.....	11
2. Enquadramento teórico - conceptual	14
2.1. 1. A Problemática da Qualidade	14
2.1.2. <i>European Foundation for Quality Management (EFQM)</i>	17
2.2. Qualidade em Radiologia: o caso da radiologia convencional	20
2.3. O espaço dos Recursos Humanos no contexto da qualidade: posicionamento dos actores face ao desafio da qualidade organizacional.....	23
2.4. Governação clínica: a melhoria contínua da qualidade.....	25
3. Metodologia	30
3.1. Estratégica	30
3.2. Análise Prospectiva	31
3.2.1. Método dos Cenários	32
3.3. Delimitação do sistema: Diagnóstico da situação actual da unidade em análise	36
3.3.1. Sistema Externo.....	36
3.3.2. Sistema interno – Caracterização da unidade em estudo	40
3.4. Instrumento de colheita de dados. Procedimento de tratamento de dados.....	43
4. Apresentação e discussão dos resultados	45
4.1. Análise de actores.....	45
4.2. Análise Estrutural	59
4.3. Análise dos Conceitos e aspectos gerais: qualidade	65
5. Considerações Finais	68
6. Recomendações Estratégicas	72
7. Mapa de prioridades estratégicas a curto e médio prazo	75
8. Referências Bibliográficas	78
9. Apêndices	

Índice de figuras

Figura 1: Modelo de Excelência da EFQM.....	18
Figura 2: Componentes chave da Governação Clínica	25
Figura 3: O Triangulo Grego	34
Figura 4: Número de exames de radiologia convencional por ano	41
Figura 5: Plano de influências e dependências entre actores	48
Figura 6: Gráfico das distâncias entre objectivos	55
Figura 7: Gráfico de convergências entre actores em 2ª ordem.....	56
Figura 8: Plano de influências e dependências entre variáveis	62
Figura 9: Plano de influências directas	63
Figura 10: Plano de influências/dependências directas entre variáveis.....	64

Índice de quadros

Quadro 1: Relação entre critérios e conceitos no modelo EFQM.....	19
Quadro 2: Matriz de influências directas (MID)	46
Quadro 3: Matriz de influências directas e indirectas (MIDI)	47
Quadro 4: Balanço líquido de influências	49
Quadro 5: Indicadores da relação de forças entre actores.....	51
Quadro 6: Matriz actores/objectivos (Posição simples) -1 MAO.....	52
Quadro 7: Matriz actores / objectivos valorizados - 2 MAO.....	53
Quadro 8: Matriz ponderada de posições valorizadas (3 MAO)	54
Quadro 9: Quadro de operacionalização de variáveis.....	61
Quadro 10: Matriz de influências directas (MID)	62
Quadro 11: Conceitos de qualidade para a saúde	66
Quadro 12: Aspectos gerais.....	67

Lista de abreviações

E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management)

PNS - Plano Nacional de Saúde

APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade

PBE – Prática Baseada na Evidência

ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde

DATAR - Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

MICMAC - Matriz de Impactos Cruzados de Multiplicação Aplicada a uma Classificação

MACTOR - Métodos ACTores, Objectivos, Relações de Força

SPA - Sector público administrativo

EPE - Entidade Pública Empresarial

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde

DGS - Direcção Geral de Saúde

1. Introdução

Este estudo foi elaborado no âmbito do Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, especialização em Políticas Administrativas e Gestão dos Serviços de Saúde.

O propósito deste trabalho foi elaborar um estudo prospectivo e estratégico com a finalidade de desenvolver recomendações estratégicas para a implementação do modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), num Serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar, nomeadamente ao nível da radiologia convencional.

A partir dos conceitos de qualidade e de análise prospectiva pretendeu-se, ao longo deste trabalho de investigação, aplicar a opção metodológica de prospectiva estratégica, designadamente, a adaptação do método de cenários de Michel Godet .

Assim, considerou-se como pergunta de partida: *Quais as tendências e condições para a implementação dum modelo de qualidade num Serviço de Imagiologia Hospitalar: o Caso da Radiologia Convencional?*

Foram estabelecidos como objectivos gerais para o estudo: Caracterizar as orientações, sistema de variáveis e acções estratégicas relativas à implementação do modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM) no Serviço de Imagiologia hospitalar, nomeadamente ao nível da radiologia convencional; Contribuir para a melhoria da qualidade do Serviço de Imagiologia hospitalar.

Foram determinados como objectivos específicos: Elaborar um diagnóstico da situação actual no Serviço de Imagiologia hospitalar; Identificar, nomeadamente a partir das variáveis-chave, os actores fundamentais para o desenvolvimento dum sistema de gestão de qualidade EFQM na área da imagiologia; Identificar os principais conflitos entre os actores com influência e dependências na área da radiologia convencional do Serviço de Imagiologia hospitalar; Identificar as tendências e eventuais cenários prováveis para o

desenvolvimento do EFQM na área da imagiologia; Elaborar recomendações estratégicas face às necessidades detectadas.

A preferência pela temática da qualidade prende-se com a percepção da sua indispensabilidade para a criação de valor e a sustentabilidade das organizações de saúde.

As estratégias para a gestão da mudança integram as prioridades mencionadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010. É destacada, naquele conjunto de estratégias, a necessidade de promover a mudança de cultura, bem como formas de responsabilização para que se desenvolvam com eficiência e de forma participada e informada, as transformações necessárias para melhorar a saúde em Portugal.

Actualmente, a qualidade dos serviços proporcionados pelas instituições de saúde deve ser ponderada como uma questão fundamental e inerente à prestação de cuidados. Segundo Delgado (2009), é necessário prover o âmbito da qualidade de uma estratégia clara, permitindo o progresso suportado de uma cultura que, de forma coerente e integrada, ajude a dotar os cuidados de saúde de níveis de excelência e segurança.

Neste sentido, surge a necessidade de um modelo de qualidade que se proponha adquirir uma conduta de excelência, sustentada nos resultados das actividades e que proporcione uma visão de sucesso a essas mesmas instituições.

O modelo EFQM tem associado à sua filosofia de gestão, o conceito de qualidade total. Segundo Lopes (2007), este modelo apoia-se no conceito de liderança eficaz, na condução da política e da estratégia da organização, através das pessoas, das parcerias, recursos e processos, cuja aprendizagem, inovação e melhoria contínua vão possibilitar atingir os resultados determinados para os clientes, pessoas e sociedade.

Pretende-se dar maior enfoque ao diagnóstico prospectivo (teoria de Godet) e à sua aplicação na área da qualidade. Isto é, a implementação do modelo de

qualidade pressupõe o envolvimento dos prestadores de serviços de saúde (os actores no método de Godet e as pessoas no modelo EFQM). A importância dada ao envolvimento de todos os membros da equipa, pelo reconhecimento do contributo de cada um, implica esforço conjunto de forma a identificar aspectos que necessitem de melhoria e a procurar soluções, bem como a responsabilização pelos serviços prestados.

Naquele contexto, o estudo ao nível da radiologia convencional teve como fio condutor a governança clínica como estratégia adoptada para melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Este trabalho iniciou-se com uma revisão da literatura sobre a temática em estudo, visando a contextualização dos procedimentos desenvolvidos. Em seguida foram enquadrados os pressupostos teóricos e os procedimentos metodológicos dos modelos e instrumentos de análise. Na continuidade, foram apresentados os resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos.

Para finalizar, foram apresentadas as considerações finais e as respectivas recomendações estratégicas.

2. Enquadramento teórico - conceptual

2.1. 1. A Problemática da Qualidade

“ A qualidade não acontece por acidente, é sempre o resultado de um esforço inteligente”.

(Jonh Ruskin, *citado por* Pisco, 2004:6)

A qualidade é uma ferramenta indispensável para a existência das organizações e das sociedades contemporâneas. Mais do que um conceito, é uma filosofia de gestão.

A problemática da qualidade não é recente, pode ser considerada uma questão intemporal. Ainda que não seja unânime a opinião sobre quando surgiu o conceito, diversos são os autores que reconhecem o século XX como sendo o período da história em que este foi objecto das principais reformas, (Juran, 1995).

Vários foram os autores que ao longo dos anos propuseram novos conceitos e melhorias na qualidade das empresas. Deming e Juran foram os dois pioneiros do movimento da qualidade. As suas ideias foram a base de uma revolução que restabeleceu a confiança na indústria, após a 2ª guerra mundial. Para Deming o conceito de qualidade assenta nas exigências e nas necessidades do consumidor. A sua abordagem é fundamentada no uso de técnicas estatísticas para reduzir custos e aumentar a produtividade e a qualidade. Juran é considerado o primeiro autor que aplicou a qualidade à estratégia empresarial, em vez de a ligar meramente à estatística ou aos métodos de controlo total da qualidade. Há que referir também o papel preponderante Ishikawa que está associado principalmente ao conceito dos círculos de qualidade, (1984). Philip Crosby deu um inestimável contributo com a sua teoria dos zero defeitos, (1961) e Armand Feigenbaum foi o grande impulsionador do conceito de “controlo total da qualidade”, (1983). Todos estes pensadores criaram conceitos, métodos e técnicas para implementar, manter e avaliar a qualidade.

Segundo Lopes (2007), apesar das diferenças culturais entre os autores transparecerem nas principais abordagens à qualidade, todos defenderam a necessidade de existirem: programas de divulgação e comunicação e de formação adequados para todos; objectivos, metas e padrões mensuráveis estabelecidos; uma gestão interessada em criar uma cultura de envolvimento que aposte na cooperação e na participação, no trabalho em equipa e na resolução de problemas.

Embora os padrões de qualidade existam desde os anos 30, só nos anos 80 é que as empresas passaram a apostar na qualidade. Esta evolução deveu-se, em grande parte, às expectativas e necessidades dos clientes.

No entanto, o conceito de qualidade em saúde tem pressupostos diferentes dos da indústria. Pela sua especificidade, surgem definições próprias aplicadas à prática dos cuidados de saúde constituindo-se, assim, um desafio pelo facto de ter inerentes aspectos científicos, culturais e sociais.

Para Donabedian (1991), visto como um dos autores precursores no estudo da qualidade em saúde, a definição deste conceito inevitavelmente envolve aspectos técnicos e interpessoais, dirigidos tanto à aplicação de conhecimentos e de tecnologias da saúde, quanto à maneira de gerir a interacção social e psicológica entre os profissionais e os utentes. Para o autor, os serviços de saúde podem aprender com os modelos industriais nomeadamente: a importância de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes; o reconhecimento de que os sistemas e os processos são críticos para a qualidade; a necessidade de propagar a auto-avaliação e auto-determinação aos diversos profissionais da organização; a indispensabilidade de aumentar o papel da administração na qualidade.

Segundo Pisco (2001), a qualidade em saúde é definida em concordância com as variáveis consideradas mais relevantes para os diversos actores: para os utentes (acessibilidade, amabilidade, melhoria do estado de saúde), para os prestadores (capacidades técnicas e obtenção de resultados clínicos) e para os gestores (eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos

investimentos), tornando as questões relacionadas com a qualidade de prestação de cuidados de saúde delicadas e complexas.

Em Portugal as questões relacionadas com a qualidade em saúde tomaram preponderância com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) que em 1999, começou a acreditação das organizações de saúde baseada na metodologia *King's Fund*.

A garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, com um controlo rigoroso dos recursos e o atendimento de qualidade, são princípios específicos da gestão hospitalar e um dos princípios gerais para a prestação de cuidados de saúde, contidos na Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º27/2002 de 8 de Novembro.

Como anteriormente citado, o Plano Nacional de Saúde, definido para o período 2004-2010, aponta como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde.

Através do Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho, o Ministério da Saúde procedeu à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Criado no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedeu ao Instituto da Qualidade em Saúde e à Agência da Qualidade na Saúde. Tem a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Compete ao Departamento da Qualidade na Saúde criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral.

O ciclo de melhoria da qualidade é um processo contínuo, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros pré-estabelecidos, à definição de objectivos e metas, à implementação de acções e o retorno à avaliação após um prazo determinado (Campos, 2005).

2.1.2. European Foundation for Quality Management (EFQM)

A EFQM tem como missão “ ser a força conducente à Excelência sustentável na Europa e uma visão de “ um mundo no qual as organizações europeias são excelentes” (EFQM, 2004,Winners Conferece).

O Modelo de Excelência da EFQM surge em 1991, associado ao primeiro Prémio Europeu de Qualidade e institui que, indistintamente do sector, tamanho, estrutura ou maturidade, para terem sucesso, as organizações carecem de designar um sistema de gestão apropriado.

A gestão da qualidade Total (*Total Quality Management* ou simplesmente *TQM*) é uma estratégia usada pelas organizações para obterem vantagens competitivas e satisfazerem os seus clientes. Presentemente, as acções relacionadas com a qualidade estenderam-se e são encaradas como essenciais para o sucesso estratégico. O termo Qualidade Total representa a procura da satisfação, não só do cliente, mas de todos os "stakeholders" (entidades significativas na existência da empresa) e também a excelência organizacional.

A gestão pela qualidade total fundamenta-se no envolvimento de todos os profissionais da organização e nas actividades com ela associadas, num processo de cooperação que se consubstancia no provimento de produtos e serviços que vão ao encontro das expectativas e necessidades do cliente.

O modelo EFQM tem associado à sua filosofia de gestão, o conceito de qualidade total e baseia-se em nove conceitos fundamentais que constituem a excelência de uma organização. Segundo Lopes (2007) este modelo apoia-se no conceito de liderança eficaz, na condução da política e da estratégia da organização, através das pessoas, das parcerias, recursos e processos, cuja aprendizagem, inovação e melhoria contínua vão possibilitar atingir os resultados determinados para os clientes, pessoas e sociedade. Assim, considera-se como o modelo de excelência que suporta este estudo.

O modelo EFQM foi recomendado pela Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) e emerge de uma parceria entre a EFQM e a APQ, tendo sido apresentado em 1998 pelo Ministério da Saúde como o modelo de gestão da qualidade que devia ser utilizado para o Sistema Nacional de Saúde (Figura 1).

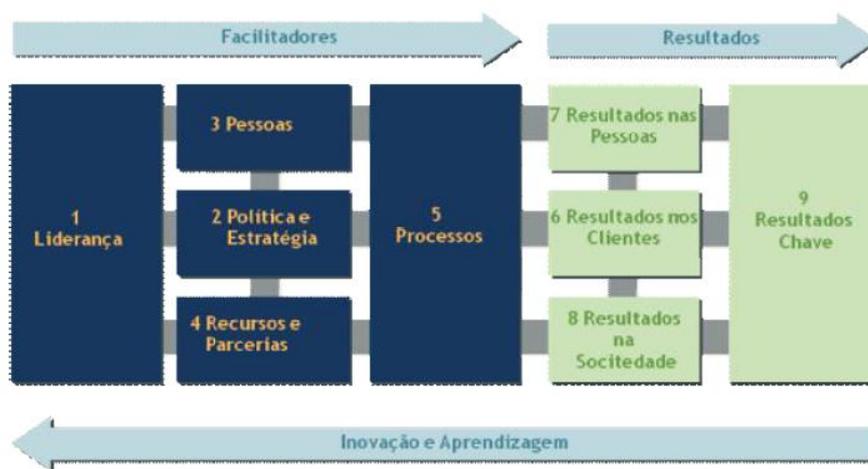


Figura1: Modelo de Excelência da EFQM

Fonte: Adaptação do modelo de Excelência da EFQM (EFQM, s.d.)

É constituído por nove critérios classificados como meios e resultados e vários subcritérios (Quadro 1). Cada critério tem uma pontuação específica de acordo com o grau de importância que lhe for atribuída. Para além dos nove elementos referidos, figuram na imagem a inovação e a aprendizagem como os motores para os meios e os resultados. Assenta na melhoria contínua e num sistema de auto-avaliação e de avaliação do desempenho que permite a comparação entre empresas.

Quadro 1: Relação entre critérios e conceitos no modelo EFQM

Critérios Aplicáveis	Conceitos Fundamentais
Meios/Organização/Capacidades	
1. Liderança	1. Liderança e constância de processos
2. Política e Estratégia	2. Gestão pela Qualidade Total (conceito implícito)
3. Pessoas	3. Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas
4. Parcerias e Recursos	4. Desenvolvimento de Parcerias
5. Processos	5. Gestão por processos e factos
Resultados	
6. Resultados Pessoas	6. Aprendizagem, Inovação e Melhoria Continua
7. Resultados Clientes	7. Focalização no Cliente
8. Resultados Sociedade	8. Responsabilidade Social Corporativa
9. Resultados Chave do Desempenho	9. Orientação para os Resultados

Fonte: Adaptação do modelo de Excelência da EFQM (Lopes, 2007)

Numa ténue abordagem e apenas dos meios, os critérios supracitados consistem em:

- **Liderança:** ao propiciarem transparência nos propósitos, os líderes concebem o ambiente adequado para a organização e para os seus recursos humanos se distinguirem pela excelência;
- **Política e Estratégia:** gerir os processos de mudança organizacional de forma a consubstanciar as estratégias e políticas da organização;
- **Pessoas:** partilha de valores e cultura de confiança, de responsabilização e de delegação de autoridade que estimule o envolvimento de todos para promover oportunidades de melhoria. É preconizado e apoiado o desenvolvimento pessoal;
- **Parcerias e recursos:** em ambientes instáveis o desenvolvimento de parcerias pode ser vital para sobreviver. As parcerias estabelecidas com os clientes, a sociedade, os fornecedores e até mesmo com a concorrência são

baseadas em confiança, partilha de valores e integração de esforços, que se traduzem em benefícios recíprocos;

- Processos: gerir a organização através de um conjunto de sistemas, processos e factos interdependentes e inter-relacionados.

As inovações tecnológicas, a divulgação da informação e uma maior exigência dos utentes, levaram as organizações de saúde a dedicarem maior atenção à qualidade dos serviços. O acesso universal à informação modificou o comportamento dos utentes, os quais passaram a ser mais exigentes nas suas escolhas. O utente de hoje quer entender, opinar, interagir e, se possível, escolher o melhor rumo diante das várias opções disponíveis.

A implementação deste modelo na área da saúde tem aumentado de forma notória devido, segundo Nabitiz, *et al* (1999), particularmente ao facto de ser um modelo conciso que transpõe as aproximações mais tradicionais nos cuidados de saúde, nomeadamente, os procedimentos para as inspecções de acreditação e certificação. Outra vantagem mencionada é a sua metodologia assentar na auto-avaliação, como um processo de aprendizagem, de modo a levar a cabo a implementação das opções estratégicas, facto que está directamente ligado ao alinhamento das organizações com os princípios da gestão da qualidade. A implementação deste modelo parece não interferir relativamente à autonomia profissional, característica delicada entre os profissionais de saúde.

2.2 Qualidade em Radiologia: o caso da radiologia convencional

A melhoria da qualidade total nos serviços prestados nas organizações de saúde é uma meta que deve ser perseguida constantemente. A implementação de modelos de qualidade nos diferentes serviços de saúde deve ter em conta a complexidade e características de cada serviço.

No contexto da valorização dos cuidados prestados na área da saúde, os meios de diagnóstico e terapêutica assumem um papel cada vez mais importante. A radiologia, em particular, determina, na maioria das vezes, o

diagnóstico final de uma doença de forma precoce e precisa, direccionando a conduta no tratamento e apoiando na tomada de decisões essenciais para o sucesso terapêutico. Uma cultura de protecção radiológica e de garantia da qualidade é indispensável para oferecer aos utentes, serviços com segurança e eficácia dos exames radiológicos.

A radiologia diagnóstica constitui uma poderosa ferramenta utilizada por vários profissionais de saúde mas especialmente pela medicina, é difícil imaginar qualquer que seja a especialidade médica prescindir de diagnóstico por imagem. Todos os serviços de imagiologia aspiram a uma melhor qualidade dos seus serviços com o menor risco possível para o utente e para os profissionais.

Para Vidigal (2010), tais aspirações nem sempre são alcançadas e os erros e acidentes subsistem. Por conseguinte, é importante que os serviços de radiologia desenvolvam uma cultura da qualidade, desenvolvendo um sistema de gestão da qualidade total, envolvendo toda a organização.

Os programas de controlo de qualidade têm como principal objectivo a aquisição de imagem com qualidade e com a menor dose possível de radiação ionizante para todos os envolvidos no processo diagnóstico. A radiação ionizante é utilizada em várias valências da medicina. A sua utilização deve ser correcta, tendo como princípio a redução significativa dos limites de dose baseada no princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), para que os benefícios possam ser produzidos em detrimento dos prejuízos que estas possam causar, tanto aos utentes como aos profissionais de saúde.

Para Vidigal (2010), o controlo da qualidade em radiologia não se pode limitar apenas ao controlo da qualidade de equipamentos ou dose de radiação utilizados para a obtenção da imagem. É necessário evoluir para programas que visem a melhoria contínua da qualidade e que envolvam todos os procedimentos inerentes ao serviço de radiologia. A melhoria da qualidade total nos serviços prestados nas organizações de saúde é uma meta que deve ser perseguida constantemente. A implementação de modelos de qualidade nos

diferentes serviços de saúde deve ter em conta a complexidade e características de cada serviço.

A introdução de mecanismos que permitem a aquisição de imagens radiológicas sem a utilização de filme radiológico, associada às capacidades dos sistemas informáticos e de outros meios, deu origem à radiologia digital. A imagem diagnóstica adquire novas definições e interpretações, devido aos atributos únicos e dinâmicos das imagens digitais. Assim, surgiu a necessidade de aquisição de novos conhecimentos, conceitos e alteração dos procedimentos existentes.

As imagens radiológicas proporcionam informações relevantes para a decisão quanto ao diagnóstico e, neste sentido devem apresentar qualidade possibilitando um diagnóstico mais preciso de modo a minimizar os erros de interpretação e não induzindo em erro de diagnóstico. Assim, o processo de implementação do controlo da qualidade de imagem radiológica digital no processo de melhoria contínua da qualidade é fundamental.

Numa era de globalização em que as organizações cada vez mais são baseadas na informação e em sistemas de informação (SI) estes converteram-se num elemento chave das organizações, ou seja, num dos seus activos mais preciosos e, conseqüentemente, a sua qualidade assume particular destaque. Actuando sobre a plataforma tecnológica, os sistemas de informação constituem um modelo de difusão, tratamento, arquivo e utilização de dados, informações e conhecimentos, que determinam o potencial de criação de valor da organização e o seu potencial competitivo.

O serviço de imagiologia não é excepção. Este deve dispor de SI capazes de melhorar a acessibilidade, de integrar as informações pela vinculação de imagens ao registo electrónico do utente e de aplicar novas técnicas para o desenvolvimento de novas formas de aquisição, visualização e processamento de imagens.

2.3. O espaço dos Recursos Humanos no contexto da qualidade: posicionamento dos actores face ao desafio da qualidade organizacional.

“ Não são os métodos em si que transformam as organizações, mas sim o grau de adesão das pessoas a um sentido comum” (Senge, 1990, citado por Lopes 2007:233)

Numa época de complexidade, mudança e incerteza, a gestão tornou-se uma das mais importantes áreas da actividade humana. Hoje é unânime que a era industrial se esgotou e que a sociedade do conhecimento emergiu como uma nova modalidade económico-social. O ponto central desta transformação global é sem dúvida o capital humano.

A sociedade do conhecimento dá um novo sentido às organizações, no geral e promove o aparecimento de profissionais do conhecimento. Este facto está directamente ligado ao desempenho criativo dos colaboradores, ao conhecimento de cada indivíduo, assim como à interacção deste com a equipa multidisciplinar.

As organizações de saúde não são excepção. Neste sector, a questão dos recursos humanos assume relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos profissionais e pelo controlo que estes detêm das actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde, mas também pela dimensão que estes assumem.

As pessoas devem ser consideradas como um dos principais factores para a melhoria da qualidade nas organizações. A gestão para a qualidade requer investimento nos recursos humanos de forma a proporcionar-lhes ferramentas para entendimento dos processos. É da responsabilidade das instituições e das suas lideranças a consciencialização dos colaboradores para a importância da sua intervenção para a melhoria continua da qualidade.

De acordo com Lopes (2007), “Nos sistemas de qualidade total a qualidade é vista numa perspectiva sustentável e só resulta se houver uma aposta inequívoca no capital humano, do qual, depende a capacidade de inovação e melhoria contínua.” (p. 348).

O trabalho em equipa estimula o aperfeiçoamento individual em aptidões múltiplas e também uma concepção interdisciplinar das tarefas segundo um acordo estratégico de objectivos. O envolvimento e desenvolvimento dos profissionais de saúde na problemática da qualidade devem ser impulsionados através da partilha de valores e de uma cultura de confiança e de responsabilização. O desempenho organizacional, de acordo com o modelo EFQM, é maximizado quando baseado numa gestão e partilha de conhecimentos, dentro de uma cultura de aprendizagem contínua, de inovação e de melhoria.

Conforme o modelo EFQM, as organizações ditas “excelentes” recrutam e desenvolvem os recursos humanos de acordo com as competências fundamentais à organização. Segundo Lopes (2007), este tipo de organizações coabita com uma cultura de qualidade e de aprendizagem e consequentemente a partilha de valores e de responsabilidades permite atingir os objectivos da organização.

O referido modelo, relativamente ao desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores, defende que o potencial de cada um dos processos da organização é melhor aproveitado se houver entre todos os implicados uma cultura de partilha de valores, confiança e responsabilização. As organizações de saúde actuam de maneira mais efectiva quando todas as suas actividades inter-relacionadas são geridas de forma sistemática e as decisões e melhorias adoptadas vão ao encontro de todos os grupos de interesse.

Para Quinn (1996, *cit.* por Lopes 2007), o conceito de *empowerment* permite sustentar ambientes onde se pratica uma cultura de qualidade. Baseia-se na premissa da partilha de conhecimentos, experiencias e motivação que os profissionais detêm, veiculando a autonomia e o trabalho de equipa como

instrumentos para atingir os objectivos. Permite assim, o estabelecimento de autonomia e responsabilidade dos profissionais na tomada de decisões e acções.

2.4. Governação clínica: a melhoria contínua da qualidade

O conceito de *Clinical Governance* foi introduzido pela primeira vez em 1997, no Livro Branco da Saúde do *National Health Service: The New NHS Modern Dependable*, como parte de uma estratégia de modernização do sistema de saúde. Em Portugal o termo foi adoptado como “Governação Clínica”.

A governação clínica caracteriza uma nova cultura e uma nova forma de considerar as organizações de saúde. Trata-se de um processo pelo qual as organizações de saúde se empenham na melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados garantindo elevados padrões de qualidade.

Deve ser aplicada, como referência, para áreas como o desempenho profissional e competência técnica, a utilização eficiente de recursos, a gestão do risco e a satisfação do utente.

Está focalizada no utente, na cultura de serviços com qualidade e responsabilidade social, e na agregação dos utentes na definição dos padrões de qualidade, expectativas de serviço e processos de avaliação.



Figura 2: Componentes chave da Governação Clínica

Fonte: Adaptado de McSherry R. e Pearce P.(Governação dos Hospitais, 2002)

Um dos critérios da governação clínica é estabelecer uma cultura de aprendizagem que deve ter como base: procedimento certo (prática baseada na evidência); na direcção certa (habilidades e competências); na hora certa (serviços quando o utente precisa deles); no lugar certo (serviços); e com o resultado certo (eficácia clínica / ganho de saúde maximização).

Deste modo, a governação clínica é uma estratégia adoptada pelas novas estruturas organizativas para melhorarem e garantirem a qualidade dos serviços e cuidados de saúde prestados.

Para Delgado (2009), a qualidade dos cuidados/serviços de saúde pode ter uma abordagem segundo três perspectivas distintas: da estrutura (as infra-estruturas, os recursos humanos e materiais e a organização); do processo (todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem directa ou indirectamente com o utente); dos resultados (representam o impacto que a estrutura e o processo têm na vida do utente).

Neste contexto, defende-se que esta estratégia seja baseada no “Modelo de Excelência EFQM”, o qual se guia pelos princípios da “Qualidade Total” e que constitui um marco de referência para estruturar, avaliar e melhorar a qualidade das organizações clínicas.

A responsabilidade é um conceito chave da governação clínica. Na história do desenvolvimento profissional e das carreiras dos profissionais de saúde, a concepção de responsabilidade esteve sempre presente. Não é suficiente a defesa pela qualidade dos cuidados prestados, é necessário verificar se estamos a agir e como agimos. Uma das vantagens relativamente ao modelo EFQM e já anteriormente mencionada é o facto de a sua metodologia assentar na autoavaliação, como um processo de aprendizagem.

A segurança do utente é uma dimensão fundamental da qualidade dos serviços de saúde. Com base no relatório “*To err is human — Building a safer health system*” do *American Institute of Medicine*,” consagrou-se como directiva europeia a segurança nos cuidados de saúde como um direito fundamental dos

cidadãos europeus. A segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a gestão do risco, um instrumento para a sua garantia.

A gestão do risco corresponde a uma associação de medidas destinadas a melhorar a segurança do utente e conseqüentemente a qualidade dos serviços e cuidados de saúde. Tem como propósito delimitar a ocorrência de eventos adversos (prognosticando) e diminuir os danos que provocam (recuperando).

Aplicada ao serviço de imagiologia, a gestão do risco terá que considerar a protecção das radiações ionizantes, manifestando-se no estudo dos procedimentos e no desenvolvimento e optimização dos processos que possibilitam controlar a irradiação da espécie humana.

Os profissionais de saúde a desempenhar funções num serviço de Imagiologia, actores no sistema em estudo, têm a importante responsabilidade de proteger os utentes, a si próprios e aos outros profissionais, contra o excesso de radiação ionizante. Torna-se, assim, imperiosa a utilização de critérios e procedimentos rigorosos na protecção e controlo da exposição à radiação ionizante.

Uma optimização da governação clínica passa pela implementação das boas práticas. A prática baseada na evidência científica (PBE) é uma metodologia de tomada de decisão entre os profissionais de saúde. Baseia-se na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores práticas em determinada situação. É uma abordagem que agrega as evidências derivadas da pesquisa, a competência clínica do profissional e as preferências do utente para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde. Assim, emerge como um laço que interliga os resultados da investigação e da aplicação prática, uma vez que conduz à tomada de decisão baseada no consenso das informações mais relevantes.

Neste contexto é essencial promover a standardização de protocolos baseados na PBE nos serviços de Imagiologia, como forma de minimizar o erro e, conseqüentemente, aumentar a segurança nos serviços de saúde prestados.

Actualmente, a PBE tornou-se um recurso mundialmente aceite e utilizado pela maioria dos profissionais de saúde. É hoje um recurso indispensável e fundamenta à tomada de decisão clínica, ao longo de todo o processo, tomando-se por base à realidade clínica e às preferências dos utentes.

Os avanços nas tecnologias da saúde são notáveis em todas as áreas, sendo a área da Imagiologia uma das que mais se distingue. Neste contexto, as investigações de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), permitem aperfeiçoar os critérios de governação clínica para aquisição de informações sobre o impacto e consequências de uma nova tecnologia, analisando-o a curto e longo prazo. A ATS é uma avaliação cuja componente chave é a revisão da literatura, de modo a ser baseada na melhor evidência possível.

Segundo Maia (2011) a ATS deve ser usada como uma avaliação que engloba a segurança e a efectividade, bem como os aspectos económico, social, ético, legal e organizacional, quando uma nova tecnologia é inserida ou modificada no sistema de saúde.

ATS e o estudo da estratégia de actores é um dos caminhos para o desenvolvimento e complementaridade da governação clínica, em geral, e o *empowerment* dos actores locais em particular. Melhora a prestação de cuidados/serviços de saúde, impulsiona a qualidade nos procedimentos, estimula a PBE e demais actividades em radiologia, estando intrínseca ao esforço individual e colectivo.

Sendo indubitáveis os benefícios de uma profissionalização crescente e do papel da formação contínua nessa profissionalização, também é evidente a necessidade de que os profissionais de saúde, nomeadamente os Técnicos de Radiologia, sejam cada vez mais capazes de reflectir sobre sua própria relação com o saber, o poder, as instituições, as tecnologias, a cooperação, para que possam actuar de forma estratégica na gestão do conhecimento e nos objectivos organizacionais.

Desta forma, a qualidade não é uma questão de gestão nem um resultado técnico. É uma finalidade e um desígnio de todos os profissionais de saúde,

nomeadamente os Técnicos de Radiologia, em prol da segurança e gestão dos riscos, moldado por quadros e horizontes duma acção colectiva, constituída de vectores ético-deontológicos e morais da humanização dos serviços de saúde.

3. Metodologia

“Todos os que pretendem predizer ou prever o futuro são impostores, pois o futuro não está escrito em parte alguma, ele está por fazer. O futuro é múltiplo e incerto”

Godet (1996)

Numa época de globalização, alicerçada em tecnologia e conhecimento, as organizações elegem novas formas organizacionais para se adaptarem às mudanças constantes no ambiente. Neste contexto, torna-se cada vez mais difícil a definição de estratégias que acautelem a sua sobrevivência.

As técnicas de prospectiva são utilizadas com o propósito de minimizar as incertezas relativamente ao futuro e proporcionar ferramentas que facilitem a definição de estratégias.

Dos métodos existentes para a análise prospectiva, o método de cenários adquiriu uma particular notoriedade. No seu conceito geral, é um instrumento relevante para a análise prospectiva e, portanto, uma ferramenta de apoio ao processo de tomada de decisão. Com abordagem e metodologia próprias, permite às organizações não só criar cenários futuros, assim como construir respostas rápidas às mudanças. O objectivo fundamental desta metodologia é propor as orientações e acções estratégicas em função dos cenários possíveis ou desejáveis.

O presente estudo contempla metodologia quantitativa a par de qualitativa e insere-se no âmbito da Prospectiva Estratégica - Metodologia de Cenários de Michel Godet.

3.1. Estratégica

“De todas as influências, o desejo de crescer talvez seja o que exerce o efeito mais perverso sobre a estratégia”

Michael Porter. (In Serra et al 2010)

A palavra estratégia deriva do grego *strategos* (general), *strategia* significa, até à queda do Império Romano “perícia do general”. Até ao séc. XIX, a estratégia

trata um só objecto – a guerra e sua conduta. A partir da Revolução Industrial, assiste-se a uma evolução do conceito e prática da guerra, em que os factores militares passam a depender cada vez mais das condições não militares.

Não existe um conceito único de estratégia. O termo teve vários significados, diferentes na sua amplitude e complexidade. No contexto organizacional, as definições de estratégia mantêm os princípios básicos de âmbito militar.

Para Mintzberg e Quinn (1991), *estratégia* "é um modelo ou plano que integra os objectivos, as políticas e as acções sequenciais de uma organização, em um todo coeso".

Para Schermerhorn *et al.* (2008), a estratégia é um plano compreensivo que guia uma organização a operar de forma a que até supere a performance da sua competição.

Qualquer que seja a definição de estratégia, evidenciam-se constantemente algumas palavras-chave: mudanças, competitividade, desempenho, missão, objectivos, resultados, integração, adaptação organizacional, palavras que muitas vezes reduzem sua amplitude, ao serem empregadas como sinónimos dela.

A análise estratégica faz parte integrante da gestão estratégica das organizações e engloba o pensamento estratégico, a análise do meio envolvente e a análise da própria organização.

Godet *et al.* (1997) e Perestelo (1999) estão em acordo ao referir que a estratégia apela à prospectiva, de modo a iluminar as escolhas que comprometem o futuro, assim como a prospectiva se torna estratégica.

3.2. Analise Prospectiva

A prospectiva estratégica pesquisa futuros possíveis e analisa as suas possibilidades, identificando desse conjunto quais são os mais prováveis e os que são desejáveis. Esclarece a acção presente à luz dos futuros possíveis, antecipando as consequências a longo prazo.

A atitude prospectiva não se baseia em esperar que a mudança aconteça para reagir, mas em controlar a mudança no duplo sentido, em pré-actividade (preparar-se para uma mudança esperada) e em pro-actividade (provocar uma mudança desejada). Assim, envolve um processo de desenvolvimento de visões possíveis do futuro a partir de uma reflexão colectiva, e entende que o amanhã desejado pode ser construído.

Neste contexto, a prospectiva não pretende ser determinista, mas permitir a redução de incertezas quanto ao futuro, baseando-se no conhecimento dos sistemas. Talvez o mais importante de um exercício de prospectiva seja o processo e não o resultado final. É nele que exploram consensos sobre o futuro a ser realizado ou edificado.

É importante afirmar como objectivo maior da prospectiva estratégica a identificação de cenários plausíveis, fruto de tendências dominantes e de cenários ambicionáveis, para que se construa um futuro desejável.

3.2.1. Método dos Cenários

“São os Homens e as Organizações que fazem a diferença”

(Institut de l' Entreprise, In Godet, 1993:23)

O método de cenários com abordagem e metodologia próprias, permite às organizações não só criar cenários futuros, como também construir respostas rápidas às mudanças. O objectivo fundamental desta metodologia é propor as orientações e acções estratégicas em função dos cenários possíveis ou desejáveis.

Na teoria prospectiva o futuro não é construído pelo homem individual mas sim por o homem colectivo, designados actores sociais. Estes por sua vez, são grupos de indivíduos que se unem para defender interesses comuns e que o fazem utilizando a influência que cada um pode exercer no sistema.

Marcial e Grumbach (2005) destacam que as técnicas prospectivas – entre elas os Cenários – começaram a ser usadas de forma sistemática entre os militares

durante a Segunda Guerra Mundial, principalmente nos Estados Unidos, como um mecanismo de apoio à formulação de estratégias bélicas.

A metodologia de Cenários, segundo Godet (2000), foi aplicada em França pela primeira vez em um estudo de prospecção geográfica realizado por conta da DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale), em 1970. Foi utilizado em áreas como a indústria, a agricultura, demografia e emprego.

Segundo Godet (1993) um cenário é o conjunto composto pela descrição, de forma coerente, de uma situação futura e da orientação dos acontecimentos que possibilitam passar da situação de origem à situação futura. Desta forma, a construção de cenários deve ser coerente, pertinente e credível.

Para Godet (2000) a prospectiva, seja ela qual for, constitui uma antecipação (preactiva e proactiva) para iluminar as acções presentes com a luz dos futuros possíveis e desejáveis. Assim e, segundo o mesmo autor a prospectiva permite fazer do futuro um utensílio do presente, ou seja, pode considerar-se um mecanismo de antecipação que nos possibilita detectar as mudanças que se aproximam, assim como, desenhar os trajectos para alcançar os objectivos definidos.

A produtividade das organizações não é a única condição para a competitividade.

Para Godet (1993), a prospectiva estratégica é um processo que tem sua origem na antecipação e vai até a acção, por meio da apropriação. Desenvolveu o princípio do “Triangulo Grego” e com ele quis chamar a atenção para o facto de que se o futuro não for construído pelos actores sociais, simplesmente não ocorrerá.



Figura 3: O Triângulo Grego

Fonte: Adaptado Godet (1993)

Este princípio, traduz o caminho da antecipação à acção pela apropriação intelectual e afetiva que na visão de Godet, é um ponto de passagem primordial para a eficácia. Os componentes do triângulo simbolizam o pensamento, a racionalidade e o discurso (logos); o desejo sobre todos os aspectos (Epithumia); e as ações e realizações (Erga).

Demonstra que a razão não é suficiente, para assegurar a apropriação, pelos protagonistas, consequente da sua motivação e da mobilização colectiva, é condição básica para a passagem à acção eficaz, em resposta à antecipação efectuada através da reflexão prospectiva. O pensamento racional e a visão intuitiva são fundamentais. Razão e intuição complementam-se.

Segundo Perestrelo (1996) as metodologias prospectivas pretendem identificar cenários possíveis e a relação de dependência entre a realização desses cenários e a estratégia dos actores sociais, assim como as variáveis, as coligações e os conflitos a ter em conta no exercício das escolhas.

Neste sentido, o método dos cenários de Michel Godet propõe-se organizar o exercício prospectivo, colaborando para a descrição de objectivos estratégicos e clarificando os meios de realização e respectivas dificuldades. Esta metodologia proposta por Godet integra o método de cenários entre duas funções, nomeadamente a montante o diagnóstico da organização e a jusante

o apoio às escolhas estratégicas. Comporta duas fases: a construção da base e a construção dos cenários.

A construção da base compreende: delimitação do sistema, cujo objectivo é o de delimitar o sistema a estudar, ou seja, efectuar um diagnóstico do sistema no seu contexto geral (político, económico, tecnológico, etc.). Consiste no conjunto de informações que caracterizam e individualizam a organização, no ambiente em que se encontra inserida, e que orientam todo o seu planeamento estratégico; determinação das variáveis chave, ou seja, elaboração de uma lista preliminar das variáveis relevantes e dos principais actores que caracterizam o objecto de estudo e as suas interacções. Esta etapa é estudada através da análise estrutural, método MICMAC; por último, a análise da estratégia de actores. Com base na análise estrutural, obtêm-se as condicionantes do futuro, as quais permitem antecipar os cenários reais ou desejáveis, isto é, depois de encontradas as variáveis chave do sistema é necessário analisar como se posicionam relativamente a elas os principais actores - as coligações, os conflitos e as estratégias. Nesta etapa foi utilizado o método MACTOR como ferramenta de apoio à análise das relações de força e objectivos no jogo entre actores.

Relativamente à etapa de construção dos cenários, que não foi aplicada neste estudo, é constituída por: construção de hipóteses, isto é, elaboração de diferentes hipóteses de futuro para cada variável chave através da análise morfológica, método MORPHOL; pesquisa a peritos pela qual se procura reduzir a incerteza das questões chave para futuro através da evidência das tendências com maior peso, dos riscos de ruptura e por último da descoberta dos cenários mais prováveis. Nesta etapa poderá ser utilizado o método SMIC como ferramenta para alcançar a construção de cenários e avaliação da sua probabilidade de concretização e a elaboração de recomendações estratégicas; por último a hierarquização de cenários na qual se evidenciam as opções estratégicas compatíveis com a cultura da organização e com os cenários mais prováveis no contexto em estudo.

As principais características do método de cenários evidenciam-se por produzirem interpretações lógicas do futuro, ajudarem em épocas de mudança clarificando os riscos, promoverem a flexibilidade e a capacidade de decisão e admitirem e analisarem a complexidade. Este método tem por finalidade preparar as organizações para as incertezas do futuro, identificar ameaças e oportunidades originadas de mudança e ajudar na elaboração de um plano estratégico.

3.3. Delimitação do sistema: Diagnóstico da situação actual da unidade em análise

Nesta fase, pretendeu-se organizar uma lista, o mais pormenorizada possível, das variáveis a levar em consideração para se obter uma visão global do sistema, considerando ainda os conceitos abrangidos pelo modelo de qualidade EFQM tendo em conta um espaço temporal de aproximadamente 5 anos.

O serviço de imagiologia em estudo está inserido numa instituição hospitalar construída em 1979, tendo funcionado como um hospital do sector público administrativo (SPA) até Setembro de 2008, altura em que passou a funcionar como uma Entidade Publica Empresarial (EPE). Presentemente serve uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente.

3.3.1. Sistema Externo

A Lei 27/2002 da gestão hospitalar cria a figura de sociedade anónima de capitais, exclusivamente públicos. A partir de Dezembro de 2005 a maioria dos hospitais portugueses são juridicamente instituídos Entidade Publica Empresarial (EPE). Esta alteração não se limita apenas ao contexto jurídico. Segundo Carvalho (2008) esta mudança abrange também as estruturas, modelo administrativo, sistemas de informação, tecnologias, normas e valores dominantes.

Uma das principais conclusões da avaliação externa desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde/Europa (2010) ao PNS 2004-2010, aponta para a necessidade do sistema de saúde ser gerido de forma integrada e pró-activa, auxiliada por uma cultura de melhoria permanente do desempenho, baseada em níveis de qualidade elevados e devidamente sustentada por ferramentas que permitam a gestão da mudança. Assim, prescrevem melhoramento ao nível do planeamento estratégico e gestão do desempenho através do uso de dados evidentes e procedimentos de responsabilização simplificados.

Um dos objectivos mencionados no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com recomendações produzidas recentemente pela Organização Mundial de Saúde.

Foi criado no âmbito da Direcção-Geral da Saúde a 16 de Fevereiro de 2009 (Portaria N.º 155/2009) o departamento da qualidade na saúde. Este departamento tem por missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade

O Despacho n.º 10761/2010 concerne a actual impossibilidade de novas contratações (mencionado no contexto dos recursos humanos).

O programa de estabilidade e crescimento 2010-2013 faz referência “No que se refere à despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica esta não subirá, em 2010, mais de 1,8%, por via do incentivo à produção interna do SNS, pela alteração das regras de contratação de convencionados e pela correcta aplicação dos protocolos. Proceder-se-á à revisão de preços das áreas cujo preço dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) é, em média, superior ao do SNS e serão feitas auditorias sistemáticas à facturação de MCDT potenciando a informação conseguida através do novo Centro de Conferências de Facturas do SNS, em vigor previsivelmente a partir de Junho.”

O Decreto-Lei nº 180/2002 estabelece as normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 97/43/ EURATOM, do Conselho, de 30 de Junho, que revoga a Directiva n.º 84/466/EURATOM.

A complexidade dos equipamentos, nomeadamente os de radiologia convencional tem associado um aumento evidente de risco quer para os utentes quer para os profissionais de saúde. A falta ou inadequada calibração e manutenção bem como a necessidade periódica de actualização poderá ser grave e comprometer o seu desempenho. Os equipamentos de radiologia convencional do serviço em estudo estão abrangidos por contratos de manutenção subcontratados a entidades externas, nomeadamente aos seus representantes. Estes contratos são negociados anualmente e cobrem o período dos dias úteis em horário laboral. O serviço de instalações e equipamentos detêm o inventário e os registos das avarias e manutenções preventivas em suporte digital, o que promove a optimização destes processos. Os equipamentos supra mencionados na sua maioria estão em processo de licenciamento (renovação). A Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS) procede licenciamentos em articulação com a Direcção Geral de Saúde (DGS) e esta por sua vez está envolvida nos aspectos relacionados com a normalização, qualidade e segurança.

É indispensável avaliar e gerir eficazmente as tecnologias existentes nos diversos sectores do sistema de saúde, sobretudo devido a razões tais como a necessidade de controlar o contínuo acréscimo dos custos neste sector e dos tempos de espera, assim como a necessidade de assegurar a segurança, qualidade e eficácia médicas (The Health Committee, 2005).

O Manual de boas práticas da especialidade de radiologia faz referência à importância de manter a qualidade com menos custos, não só pela instalação de equipamentos com adequada avaliação de custo-eficácia, como pelo desenho funcional para um eficiente trabalho de equipa. Assegurar fácil

aplicação futura de sistemas de gestão de informação digital e acesso a redes de comunicações, internas e externas.

O sector público é a principal fonte de financiamento da saúde nos países europeus, excepto no Chipre. Em média, quase três quartos de toda a despesa de saúde foi financiada por fundos públicos em 2008, ou seja, os países da União Europeia despenderam, em média, 8,3 % do seu PIB em saúde, acima dos 7,3 % gastos em 1998. Os custos de saúde aumentaram numa taxa mais rápida que o crescimento económico em todos os países europeus (Health at a glance: europe 2010).

A actual conjuntura, com a carência de consolidação orçamental por parte do Estado, exige um empenho acrescido de combate ao desperdício, de controlo e monitorização da contratualização e da utilização de regras de gestão que defendam uma eficiente articulação entre os diferentes organismos, neste caso, entre as instituições de saúde.

O Diário da República do dia 29 de Junho, o Despacho n.º 10760/2010, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, estabelece que todos os hospitais, centros hospitalares ou unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado (EPE) e no sector público administrativo devem efectuar um plano de redução da despesa para o corrente ano de 2010.

O Despacho n.º 10760/2010 determina que cada entidade deve remeter o respectivo plano de redução de despesa, à Ministra da Saúde, no prazo de 20 dias a contar da data em que foi assinado (22 de Junho).

No plano de redução de despesa devem constar entre outras as seguintes linhas de orientação gerais:

- Promover a continuidade terapêutica e evitar duplicação de medicação e de meios complementares de diagnóstico no seguimento de doentes crónicos, sempre que possível, ao longo do circuito cuidados de saúde primários/cuidados hospitalares/cuidados continuados integrados;

- Gerir com rigor a introdução de produtos novos;
- Reduzir, pelo menos 5%, a despesa com horas extraordinárias prevista para o segundo semestre de 2010;
- Reduzir, pelo menos 2%, a despesa com fornecimentos e serviços externos, prevista para o segundo semestre de 2010;
- Reforçar as políticas e medidas de controlo e contratualização interna que promovam a contenção dos custos, a todos os níveis;
- Elaborar um «Guia de combate ao desperdício» com forte participação dos profissionais e com ampla divulgação interna;
- Assegurar a rentabilização máxima da capacidade instalada no SNS.

O Despacho n.º 10761/2010 estabelece as seguintes orientações gerais nas contratações de profissionais nos hospitais EPE:

- Todas as contratações de profissionais nos hospitais EPE que, no exercício de 2009, tiveram resultados líquidos negativos (o caso da instituição em estudo), estão sujeitas ao envio de informação prévia e casuística que justifica a sua aprovação;
- Os pedidos de informação prévia são submetidos, pela entidade contratante, à Ministra da Saúde e devem apresentar uma fundamentação clara e precisa que demonstre estarem preenchidos os critérios de necessidade, em particular no que respeita à prestação directa de cuidados de saúde, bem como apresentar os valores salariais propostos, acompanhados de justificação objectiva.

3.3.2. Sistema interno – Caracterização da unidade em estudo

O serviço em estudo recebe anualmente os alunos do 3º e 4º ano do curso de Radiologia da Universidade do Algarve para os respectivos estágios clínicos.

No contexto da valorização dos cuidados prestados na área da saúde, os meios de diagnóstico e terapêutica assumem um papel cada vez mais importante e a radiologia, em particular, tem-se caracterizado por um desenvolvimento permanente. É difícil imaginar qualquer que seja a

especialidade médica prescindir de diagnóstico por imagem, neste sentido, os Serviços de Imagiologia são áreas privilegiadas de colaboração e fundamentais numa instituição hospitalar. A sociedade do conhecimento dá um novo sentido às organizações de saúde, no geral e promove o aparecimento de profissionais do conhecimento. Este facto está directamente ligado ao desempenho criativo dos colaboradores, ao conhecimento de cada indivíduo, assim como à interacção deste com a equipa multidisciplinar.

Os recursos humanos actualmente existentes no serviço de radiologia em estudo são os seguintes: 9 médicos especialistas em radiodiagnóstico, 4 dos quais são prestadores externos; 28 técnicos de radiologia; 14 assistentes operacionais; 6 assistentes técnicos.

Apesar da ligeira diminuição da realização de exames ao nível da radiologia convencional, tem se verificado um aumento significativo ao nível de exames de Tomografia Computorizada.

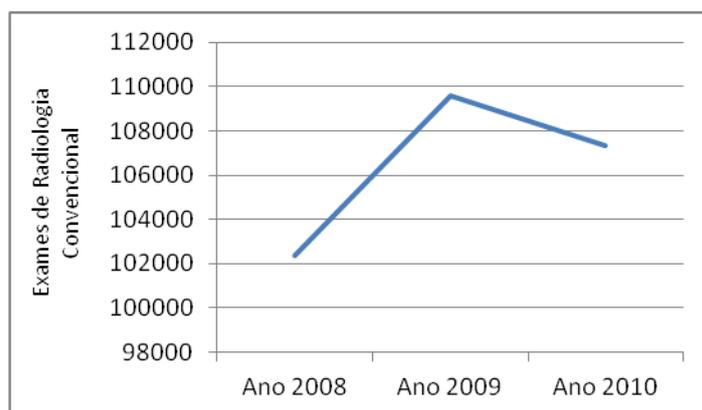


Figura 4: Número de exames de radiologia convencional por ano

Fonte: Sistema Rádio-Glitt

Constata-se ainda, que não só não tem havido um aumento do número de recursos humanos como se verifica um decréscimo dos mesmos, nomeadamente técnicos de radiologia, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A actual impossibilidade de novas contratações (Despacho n.º 10761/2010) veio agravar ainda mais esta situação. A permanecer esta circunstância não se antevê qualquer oportunidade de normalização.

O modelo de qualidade em estudo contempla que os recursos humanos devem ter conhecimentos/competências que devem ser identificadas, desenvolvidas e sustentadas. De salientar que 57% (16) dos técnicos de radiologia tem/frequenta formação pós-graduada, nomeadamente nas áreas da Psicologia da Saúde, Física e Gestão. Este facto pode permitir que as políticas e estratégias adoptadas considerem investigações realizadas na própria organização com o objectivo de prestar serviços de saúde de qualidade. Uma nova cultura que contemple a aprendizagem, inovação e melhoria contínua permite alcançar os objectivos definidos para a qualidade.

O trabalho em equipa é característico da prática da radiologia, tanto ao nível interdisciplinar como intra-disciplinar, embora a prática individual e autónoma seja também uma característica significativa.

Em 2005 o serviço em estudo suspendeu a radiologia analógica para passar à radiologia digital. Esta mudança teve como consequência, entre outras a alteração de processos e conseqüentemente mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, reflectindo-se em novas normas de procedimentos. A redução das repetições causadas por erros de exposição, assim como redução das doses de radiação às quais o paciente e os profissionais estavam sujeitos, foram outra vantagem desta nova tecnologia. De salientar ainda a vantagem a nível ambiental da não utilização de suporte película e respectivos conteúdos químicos.

Actualmente o serviço de imagiologia tem aquisição de imagem computadorizado mas ainda não contempla aquisição digital directa. Contudo esta mudança permitiu o arquivamento digital da imagem, assim como facilitou o intercâmbio de informação entre profissionais de saúde.

Prevê-se para o início do ano de 2011 uma unidade de radiologia convencional no ambulatório para apoio à consulta externa e aos cuidados paliativos.

3.4. Instrumento de colheita de dados. Procedimento de tratamento de dados

A escolha do instrumento de colheita de dados incorreu sobre o questionário pela capacidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises. Na elaboração da primeira parte do questionário, pretendeu-se medir cada variável (conceitos da qualidade para a saúde/radiologia convencional) com uma pergunta específica. As perguntas realizadas foram fechadas, essencialmente sujeitas a uma escala de Likert, habitualmente utilizada para quantificar uma opinião ou atitude.

A segunda parte do questionário é constituída pelas matrizes de dupla entrada Actores/Actores, que ponderam as relações de força entre os mesmos, e Actores/Objectivos (objectivos baseados nos conceitos fundamentais do modelo EFQM).

A elaboração do questionário teve uma grande contribuição dos trabalhos de Carlos da Silva na área dos estudos prospectivos em tecnologias da saúde e do trabalho de Silvana Revez. A estrutura metodológica de cenários foi adaptada de acordo com a realidade e a temática que se pretendeu analisar, tendo em conta o conhecimento prévio da mesma.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um estudo preliminar a um grupo de peritos. Como refere Godet, “para ser pertinente, o método pressupõe, por um lado, que se recorra a verdadeiros peritos, quer dizer, a pessoas realmente competentes para responderem às questões postas e, por outro, que a opinião de um grupo de peritos seja melhor do que a de um perito isolado”(Godet 1993:181). O objectivo do estudo preliminar foi o de seleccionar perguntas adequadas para serem incluídas na versão final do questionário (anexo 1).

Os dados foram analisados através de softwares específicos do método de cenários, disponibilizados pela LIPSOR. O software informático para análise da

estratégia de actores –MACTOR® e o software MICMAC® que possibilita uma hierarquização de variáveis em função da sua influência.

4. Apresentação e discussão dos resultados

4.1. Análise de actores

A Estratégia de Actores, sendo uma das fases da metodologia prospectiva de elaboração de cenários, constitui um eficaz instrumento na dinamização da participação dos actores, protagonistas de qualquer processo de mudança.

É fundamental definir os actores inseridos no sistema em estudo, numa primeira fase. A análise do jogo de actores, a análise das suas relações de força, a comparação dos seus propósitos, em suma os condicionalismos e modos de acção são fundamentais para colocar em relevo os desafios estratégicos e as questões-chave para o futuro.

Tendo como referência principal o trabalho “Instrumentos de Análise para o Método dos Cenários, 1-Análise Estrutural” (Caldas e Perestrelo, 1999), trataremos no presente trabalho da etapa do Método dos Cenários, a Estratégia de Actores, tendo como referência principal o método MACTOR (*Método ACTores, Objectivos; Relações de força*).

Este método inspirado na teoria dos jogos e na análise sociológica das organizações, desenvolvido em 1990 por Michel Godet (Godet, 1993) e sua equipa, é um óptimo instrumento de análise dos jogos entre os diferentes actores, permitindo simplificar e organizar a informação de uma forma sistemática.

Ao longo deste trabalho apresenta-se os aspectos mais importantes do MACTOR e propomos alguns desenvolvimentos baseados na análise do agrupamento das interacções significativas entre as variáveis das matrizes actor-actor e actor-objectivo.

Procedeu-se à identificação dos desafios estratégicos e objectivos associados, assim como, alianças e conflitos entre os diferentes actores, com o objectivo final de elaborar recomendações estratégicas para a implementação do modelo de qualidade EFQM num Serviço de Imagiologia Hospitalar, nomeadamente ao nível da radiologia convencional.

A Secção A do instrumento de recolha de dados (Relação de Influências e Dependências entre actores) corresponde à lógica da metodologia de cenários, apropriando as questões para análise do método MACTOR®.

A aplicação deste método permite a construção das diversas matrizes do tipo Actor x Actor que ponderam as relações de força entre os mesmos.

Assim, foi indispensável definir os actores incluídos no sistema, tomamos em conta os seguintes: Ministério da Saúde (MS) ; Conselho de Administração Hospitalar (CAH) ; Direcção Clínica do Serviço (DCS) ; Coordenação Técnica (CT) ; Médico Radiologista (MR) ; Técnico Radiologia (TR) ; Outros Profissionais de Saúde do Serviço de Radiologia (OP) ; Outros Profissionais do Hospital (OH) ; Utentes do Hospital (UH) ; ACSS (ACSS) ; Normas Europeias (NE) ; Serviço de Urgência (SU) ; Outros Serviços Clínicos do Hospital (OSH) ; Rastreio do Cancro da Mama (RCM) ; Cidadãos (CI).

A percepção das relações de forças e da posição relativa dos actores é consolidada na matriz actores x actores, Matriz de influências directas (MID).

Quadro 2: Matriz de influências directas (MID)

MID	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI
MS	0	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
CAH	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1
DCS	1	2	0	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0
CT	1	2	2	0	2	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0
MR	1	2	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1
TR	1	1	1	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1
OP	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1
OH	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
UH	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
ACSS	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	2	1
NE	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2	1
SU	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1
OSH	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
RCM	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
CI	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0

© IIPSOR-ERITA-MACTOR

Influência Directa Global
27
23
19
18
16
16
14
11
14
18
18
16
16
13
15

Dependência directa	19	23	17	19	20	20	20	15	15	14	16	16	14	11	12

Fonte: Inquérito

A escala da matriz apresentada no quadro 2 varia entre 0 e 3 (nenhuma influência, pouca influencia, influencia e muita influencia), e descreve a influência directa entre actores. A soma em linha refere o grau de influência directa, enquanto a soma em coluna indica o grau de dependência directa. Um actor influente é um actor que tem meios de acção importantes para influenciar outros actores. Um actor dependente é um actor relativamente ao qual muitos actores possuem meios de influenciar. Da sua leitura, verifica-se:

- O Ministério da Saúde (27) e o Conselho de Administração do Hospital (23) são os actores mais influentes;
- Os actores mais dependentes são o Conselho de Administração do Hospital, seguido dos Médicos Radiologista, Técnicos de Radiologia e outros profissionais de saúde do serviço de imagiologia.

A análise da relação de força não se limita à simples avaliação das influências directas. Um actor pode agir sobre outro através de um terceiro (influência indirecta). A matriz de influências directas e indirectas (MIDI) possibilita esclarecer as influências directas e indirectas de 2ª ordem entre actores, ou seja, ter uma maior percepção do jogo de actores e das relações de força entre eles. Permite calcular dois indicadores: grau de influência directa ou indirecta de cada actor (soma em linha); grau de dependência directa ou indirecta de cada actor (soma em coluna).

Quadro 3: Matriz de influências directas e indirectas (MIDI)

MIDI	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI	Di
MS	18	18	14	14	14	14	12	13	13	15	15	14	13	11	16	196
CAH	18	18	16	16	16	16	13	14	14	17	14	16	14	10	16	210
DCS	19	24	18	19	18	18	14	15	15	20	16	16	14	9	15	232
CT	16	19	18	18	16	17	13	14	15	18	16	15	14	9	14	214
MR	17	20	18	18	16	17	13	14	15	18	16	15	14	9	14	218
TR	16	19	19	19	16	17	13	14	15	18	16	15	14	9	14	217
OP	15	19	19	19	16	17	13	14	15	18	15	15	14	9	13	218
OH	14	13	12	13	12	12	11	12	13	13	13	13	9	12	173	
UH	18	22	18	19	17	18	14	15	15	21	15	17	15	11	15	235
ACSS	16	15	14	14	14	14	12	13	13	15	15	14	13	10	15	192
NE	15	15	14	15	14	14	12	13	14	14	14	14	13	9	14	190
SU	16	15	13	14	13	13	12	13	14	14	13	15	14	10	14	188
OSH	15	15	13	14	13	13	12	13	14	13	13	14	13	9	13	184
RCM	13	11	9	10	9	9	8	9	10	10	9	11	11	11	11	140
CI	16	15	13	14	13	13	12	12	13	14	13	14	13	11	15	186
Di	224	240	210	218	201	205	171	186	193	223	199	203	189	135	196	2993

© UPSOR-EPTA/ACTOR

Fonte: Inquérito

Da sua análise verifica-se:

- Os utentes do Hospital e a Direcção Clínica do Serviço são os actores mais influentes;
- O Conselho de Administração Hospitalar e o Ministério da Saúde são os actores mais dependentes.

Verifica-se que tanto numa análise como noutra os actores MS e CAH apresentam as posições mais altas de influências, mas igualmente de dependências (2ª ordem). Estes actores parecem ter uma posição mais desfavorável do que ao início parecia prever, por terem uma forte dependência face aos outros actores (elevada dependência indirecta). Os UH e a DCS aparecem como actores mais influentes de 2ª ordem o que significa que influenciam mais do que dependem. Os UH estão numa relação de força melhor do que *a priori* se podia pensar, devido à sua influência sobre o CAH, um dos actores mais poderosos do jogo. O mesmo acontece relativamente ao actor DCS devido à sua influência sobre o CAH.

O gráfico da posição dos actores em função das suas influências e dependências directas e indirectas é fornecido pelo plano de influências e dependências entre actores.

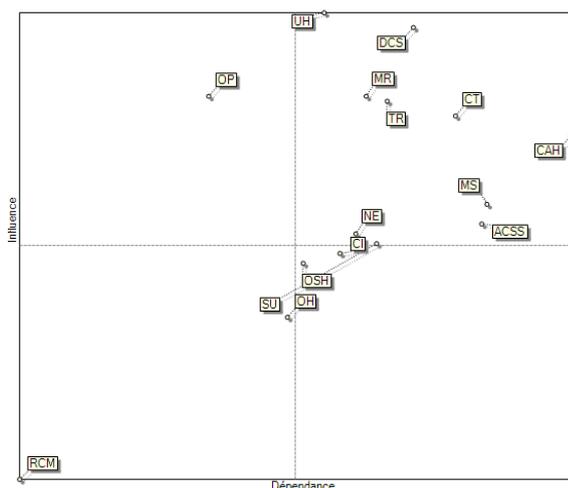


Figura 5: Plano de influências e dependências entre actores

Fonte: Inquérito

Da análise do plano, apenas numa abordagem visual pode-se verificar que os actores encontram-se em maioria num dos sectores (ligação), à excepção de OP (dominante) e RCM (autónomo).

Segundo Godet (1993) actores autónomos, pouco influentes e pouco dependentes, estabelecem tendências pesadas ou factores relativamente desligados do sistema, com o qual apenas têm poucas ligações, devido ao seu desenvolvimento autónomo, não se constituem assim como determinantes do futuro. Os actores dominantes, tem muita influência e pouca dependência. Os actores de ligação, a maioria dos actores deste estudo, são actores que tanto influenciam como dependem dos outros, com efeito qualquer acção sobre estes actores terá consequências sobre os outros e um efeito de retorno sobre si próprio que virá ampliar ou atenuar a impulsão inicial. Assumem-se assim como determinantes do futuro.

Os actores do sistema em estudo aparecem como actores – desafio ou charneira, pelo seu carácter instável.

Assim, outro dos aspectos a ponderar é a matriz do balanço líquido da relação de força entre actores que permite analisar se um actor, em termos líquidos, influencia mais do que é influenciado. O sinal positivo indica que o actor exerce mais influência do que recebe, o sinal negativo indica que o actor exerce menos influência daquela que recebe influência.

Quadro 4: Balanço líquido de influências

BN	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI	Somme
MS	0	-5	-2	-3	-2	-3	-1	-5	-1	0	-2	-2	-2	0	-28	
CAH	0	-8	-3	-4	-3	-6	1	-8	2	-1	1	-1	-1	1	-30	
DCS	5	8	1	0	-1	-5	3	-3	6	2	3	1	0	2	22	
CT	2	3	-1	-2	-2	-6	1	-4	4	1	1	0	-1	0	-4	
MR	3	4	0	2	1	-3	2	-2	4	2	2	1	0	1	17	
TR	2	3	1	2	-1	-4	2	-3	4	2	2	1	0	1	12	
OP	3	6	5	6	3	4	3	1	6	3	3	2	1	1	47	
OH	1	-1	-3	-1	-2	-2	-3	-2	0	0	0	0	0	0	-13	
UH	5	8	3	4	2	3	-1	2	8	1	3	1	1	2	42	
ACSS	1	-2	-6	-4	-4	-4	-6	0	-8	1	0	0	0	1	-31	
NE	0	1	-2	-1	-2	-2	-3	0	-1	-1	1	0	0	1	-9	
SU	2	-1	-3	-1	-2	-2	-3	0	-3	0	-1	0	-1	0	-15	
OSH	2	1	-1	0	-1	-1	-2	0	-1	0	0	0	-2	0	-5	
RCM	2	1	0	1	0	0	-1	0	-1	0	0	1	2	0	5	
CI	0	-1	-2	0	-1	-1	-1	0	-2	-1	-1	0	0	0	-10	

© LIPBOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Inquérito

Da análise do balanço líquido de influências directas e indirectas, verifica-se:

- O balanço líquido de influências directas e indirectas com valor mais elevado é dos UH sobre CAH, UH sobre ACSS e DCS sobre o CAH;
- Os OP assumem ainda um valor elevado, nomeadamente em relação ao CAH, CT E ACSS;
- Globalmente os actores UH, OP e DCS têm um balanço total positivo (respectivamente 42, 47 e 22), o que significa que estes actores exercem uma influência superior à que recebem;
- Os actores MS, CAH e ACSS têm um balanço líquido total negativo (respectivamente -28, -30 e -31), o que significa que dependem mais do que influenciam os restantes actores.

Quanto aos actores UH e DCS exercerem uma influência superior à que recebem, situação já verificada na Matriz de influências directas e indirectas. O facto do actor OP, estar na mesma situação que UH e DCS, pode dever-se ao facto de ser um actor dominante.

Relativamente aos actores MS, CAH dependem mais do que influenciam os restantes actores, o que já se tinha verificado anteriormente na Matriz de influências directas e indirectas.

O cálculo dos indicadores do poder dos actores, ou seja, a sua competitividade é fornecido pelo indicador normalizado do poder dos actores associado à MIDI (RI). Este indicador tem em conta a influência, a dependência e a retroacção de cada actor e é normalizado pela respectiva média. Os resultados mostrados por Ri comprovam os da MIDI e do Plano de influências e dependências entre actores.

Quadro 5: Indicadores da relação de forças entre actores.

	\bar{R}_i
MS	0,90
CAH	0,97
DCS	1,21
CT	1,05
MR	1,14
TR	1,11
OP	1,24
OH	0,84
UH	1,31
ACSS	0,89
NE	0,93
SU	0,90
OSH	0,91
RCM	0,71
CI	0,90

© IFSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Inquérito

Da sua leitura depreende-se:

- Nesta relação de forças destaque para os actores UH, OP, DCS que aparecem com uma colocação elevada neste jogo, isto é, assumem as posições de maior competitividade ($R_i > 1$);
- Os actores OH, ACSS, RCM aparecem com uma ordem menos elevada.

A aplicação deste método permite, igualmente, o estudo do posicionamento dos actores perante os objectivos estratégicos identificados. Assim, definiram-se alguns objectivos com base nos pilares fundamentais do modelo de qualidade EFQM.

Os actores foram confrontados com os seguintes objectivos: Garantir a melhoria continua da qualidade na prestação de serviços de saúde (MCQ); Atingir os objectivos estratégicos estabelecidos pela organização (OEO); Garantir a protecção e a segurança dos utentes (PSU); Garantir a participação e satisfação dos utentes (SPU); Garantir a motivação dos profissionais e promover a autonomia profissional (MA); Melhorar os processos de tomada de decisão (TD); Garantir a gestão eficaz das tecnologias existentes (GT); Garantir a qualidade dos equipamentos e instalações (EI); Promover a formação continua a inovação e a investigação (FII); Promover o trabalho entre equipas multidisciplinares (TEM); Promover e garantir normas de procedimentos (NP); Contribuir para a garantia do SNS através da cooperação

entre diversas entidades (CDE); Garantir a eficiência e o equilíbrio financeiro da organização (EEF); Implementação de políticas de controlo de qualidade (PCQ).

O posicionamento dos actores relativamente aos objectivos expostos foi sujeito a uma escala de 0 a 4 (0 -Objectivo nada relevante; 1-Objectivo pouco relevante; 2- Objectivo relevante; 3-Objectivo muito relevante; 4-Objectivo bastante relevante).

As matrizes de convergências e divergências de objectivos entre actores são fundamentais. A partir da matriz das posições simples 1MAO, avalia-se o grau de implicação de cada actor relativamente aos objectivos em jogo, e o grau de mobilização dos objectivos, utilizando uma escala de -1 (desacordo), 0 (neutralidade) e 1 (acordo). A soma em coluna indica o número de actores que têm uma posição activa, de acordo ou desacordo, relativamente a cada objectivo. A soma em linha expressa o número de objectivos relativamente aos quais cada actor tem uma posição activa, concordante ou discordante.

Quadro 6: Matriz actores/objectivos (Posição simples) -1 MAO

1MAO	MCO	OEO	PSU	SPU	MA	TD	GT	EI	FII	TEM	NP	CDE	EEF	PCQ	Somme absolue
MS	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13
CAH	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
DCS	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
CT	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	12
MR	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13
TR	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
OP	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12
OH	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13
UH	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13
ACSS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
NE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	12
SU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
OSH	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	11
RCM	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	11
CI	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	10
Nombre d'accords	15	15	15	11	15	13	10	14	11	13	13	14	12	14	
Nombre de désaccords	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nombre de positions	15	15	15	11	15	13	10	14	11	13	13	14	12	14	

© IJRSOR-EJPT-A-MACTOR

Fonte: Inquérito

Da análise da matriz 1 MAO, verifica-se:

- A totalidade dos actores tem uma posição de acordo face aos objectivos MCQ, OEO, PSU e MA;
- Contudo, os objectivos que reúnem menos concordância relativamente aos actores são GT, SPU e FII;
- O actor que tem uma posição de concordância relativamente à maioria dos objectivos é a ACSS;
- O CAH e o DCS apenas assumem uma posição neutra perante o objectivo SPU;
- Nenhum actor tem uma posição desfavorável relativamente a qualquer dos objectivos.

A matriz de actores / objectivos valorizados, 2MAO permite analisar o grau de relevância que os diferentes actores atribuem aos objectivos, ou seja, o posicionamento dos diferentes actores relativamente aos objectivos, numa escala de 0 (objectivo nada relevante) a 4 (objectivo bastante relevante).

Quadro 7: Matriz actores / objectivos valorizados - 2 MAO

2MAO	MCQ	OEO	PSU	SPU	MA	TD	GT	EI	FII	TEM	NP	CDE	EEF	PCQ
MS	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	3
CAH	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3
DCS	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3
CT	4	4	4	3	3	2	3	4	4	3	3	2	2	3
MR	3	4	3	3	2	1	3	2	2	2	3	2	1	2
TR	4	3	4	3	2	1	3	2	2	2	3	2	1	2
OP	2	3	3	3	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2
OH	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2
UH	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
ACSS	4	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	3
NE	3	2	2	1	2	2	2	2	1	1	3	2	1	3
SU	2	3	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	1	3
OSH	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	1	3
RCM	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	1	3
CI	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0

© IFSOR-EPTA/MACTOR

Fonte: Inquérito

Da sua leitura verifica-se:

- Ao ter em consideração o peso dos objectivos, os actores CT (44) e CAH (44) são os mais implicados neste jogo, inclui-se também o actor MS (37), visto que os objectivos para que está mobilizado têm também

um grau de importância elevado. Pelo contrário os actores menos implicados são UH (14), CI (11) e OH (26);

- Quanto ao grau de mobilização dos objectivos, a MCQ (42), OEO (42) e TEM (40) são os objectivos que implicam com maior intensidade o conjunto dos actores no jogo. Os objectivos que implicam com menor intensidade são EEF (23), FII (26) e TD (26);
- Por outro lado, a CT é o actor que mais identifica os objectivos como «bastante relevantes».

A matriz ponderada de posições valorizadas 3MAO permite, à semelhança da 1MAO e da 2MAO, uma nova disposição dos actores (segundo a sua implicação no sistema, soma em linha) e dos objectivos (segundo o respectivo grau de mobilização, soma em coluna), ponderando quer a valorização dos objectivos por parte dos actores quer as relações de força.

Quadro 8: Matriz ponderada de posições valorizadas (3 MAO)

3MAO	MCQ	OEO	PSU	SPU	MA	TD	GT	EI	FII	TEM	NP	CDE	EEF	PCQ	Mobilisation
MS	1,8	3,6	2,7	2,7	2,7	3,6	2,7	2,7	0,0	2,7	2,7	2,7	2,7	1,8	35,0
CAH	2,9	2,9	2,9	0,0	3,9	2,9	1,9	1,9	2,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,0	31,0
DCS	4,9	2,4	2,4	0,0	2,4	2,4	2,4	1,2	2,4	2,4	1,2	2,4	3,6	3,6	34,0
CT	1,0	1,0	4,2	2,1	1,0	1,0	0,0	3,1	1,0	1,0	0,0	3,1	2,1	2,1	23,1
MR	1,1	1,1	1,1	1,1	3,4	0,0	2,3	2,3	3,4	3,4	2,3	2,3	2,3	2,3	28,4
TR	1,1	2,2	2,2	0,0	4,4	2,2	2,2	3,3	0,0	2,2	3,3	2,2	3,3	1,1	30,0
OP	2,5	3,7	3,7	0,0	2,5	1,2	0,0	2,5	1,2	3,7	2,5	3,7	2,5	3,7	33,5
OH	1,7	3,4	0,8	1,7	2,5	2,5	2,5	0,0	2,5	1,7	2,5	1,7	2,5	0,8	26,8
UH	1,3	5,2	5,2	5,2	2,6	2,6	0,0	2,6	1,3	3,9	2,6	3,9	1,3	3,9	41,8
ACSS	1,8	2,7	2,7	1,8	1,8	0,9	1,8	0,9	1,8	1,8	2,7	1,8	2,7	0,9	25,7
NE	0,9	1,9	1,9	0,9	0,9	2,8	1,9	2,8	2,8	0,0	1,9	2,8	0,0	2,8	24,2
SU	1,8	0,9	0,9	2,7	2,7	1,8	1,8	1,8	3,6	2,7	2,7	1,8	0,9	0,0	26,1
OSH	2,7	2,7	2,7	1,8	1,8	1,8	0,0	0,9	0,0	0,9	1,8	2,7	0,0	0,9	21,0
RCM	2,8	1,4	2,1	0,7	0,7	2,1	0,7	2,1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,7	2,1	17,0
CI	3,6	0,9	2,7	2,7	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	0,9	0,0	0,9	15,3
Nombre d'accords	32,0	36,1	38,4	23,5	34,3	28,0	20,2	29,1	24,4	29,3	29,0	34,0	26,6	28,0	
Nombre de désaccords	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Degré de mobilisation	32,0	36,1	38,4	23,5	34,3	28,0	20,2	29,1	24,4	29,3	29,0	34,0	26,6	28,0	

© UFSOR-EPTA/ACTOR

Fonte: Inquérito

Da sua análise verifica-se:

- Não existe oposição de nenhum actor relativamente aos objectivos em estudo;

- Os actores mais mobilizados para o conjunto de objectivos apresentados são os UH (41,8), o MS (35) e a DCS (34);
- Os objectivos mais mobilizadores são PSU (38,4), OEO (36,1) e MA (34,3);
- O objectivo mais mobilizador é PSU, pelo facto de mobilizar o actor com maior peso na relação de forças (UH);

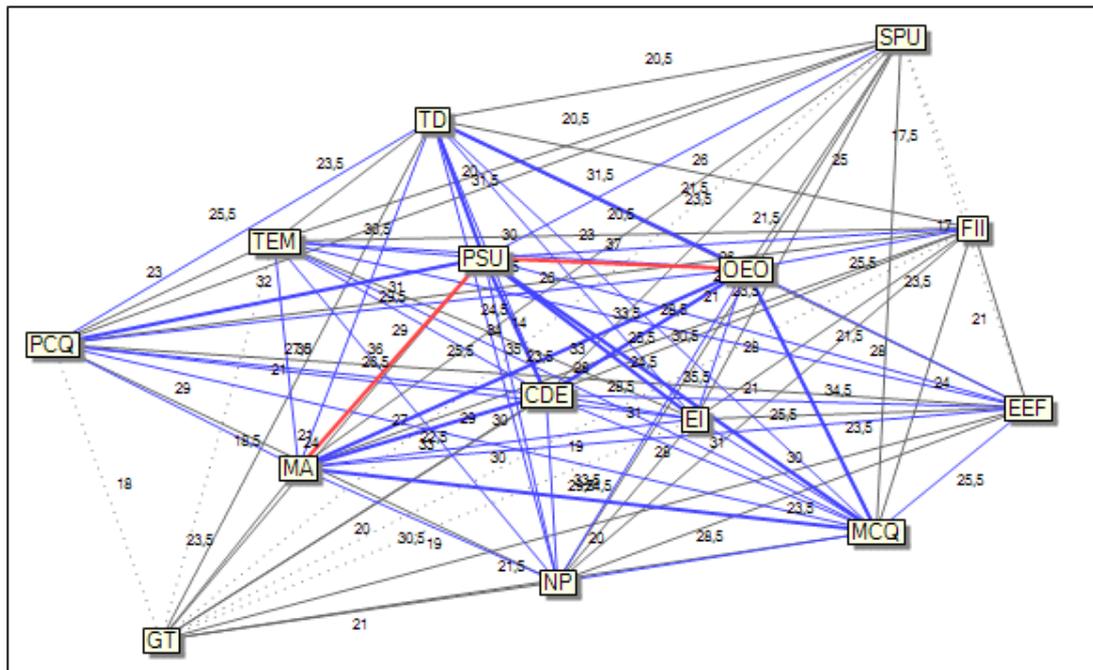


Figura 6: Gráfico das distâncias entre objectivos

Fonte: Inquérito

Da análise da figura 6, distâncias entre Objectivos verifica-se:

- As distâncias claramente mais importantes entre os objectivos em estudo são MA, PSU e OEO.

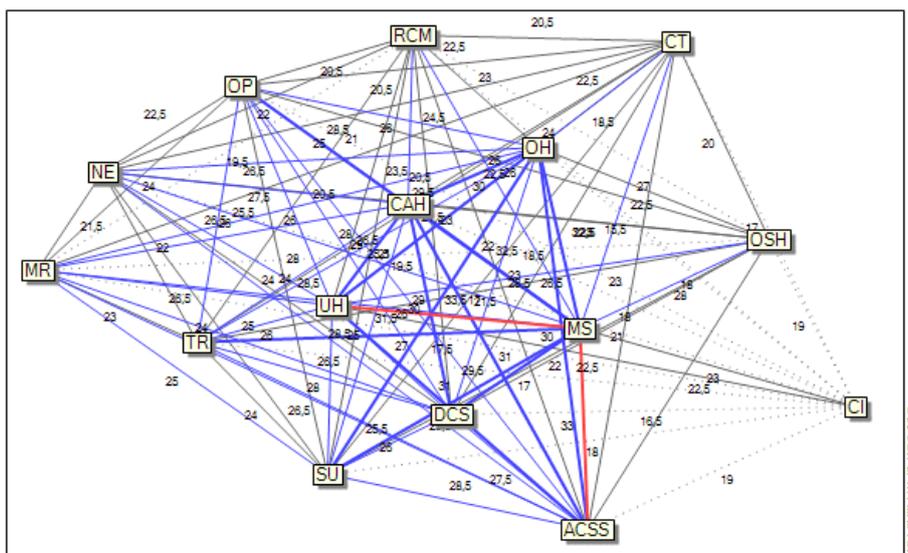


Figura 7: Gráfico de convergências entre actores em 2ª ordem

Fonte: Inquérito

Da análise do Gráfico de convergência entre Actores em 2ª ordem verifica-se:

- Os actores com convergências mais importantes são UH, MS e ACSS.

Se inicialmente se verificou que o MS e CAH eram os actores mais engrandecidos pela sua influência nos restantes actores, observou-se posteriormente que os actores mais influentes eram os UH e a DCS, por serem os mais competitivos e os mais influentes em 2ª ordem. Os UH e a DCS influenciam o CAH, fragilizando assim o seu poder.

Nas questões relacionadas com a Saúde e com a prestação serviços e de cuidados, verifica-se a maioria das vezes a centralização das decisões nos profissionais, quase em exclusivo, baseadas na premissa de que a sua actuação se baseia sempre no melhor interesse dos utentes/utilizadores. Tal situação deve-se ao facto de apenas os profissionais de saúde deterem os conhecimentos necessários, para, numa situação particular de doença, poderem escolher, pelo utente, a conduta mais adequada. Contudo, tende-se a assistir a uma mudança neste paradigma, tendo-se transferido a atenção, outrora centralizada nos profissionais de saúde, para os utentes, cada vez mais conscientes do seu papel decisório nesta problemática.

É notório a relevância das perspectivas dos utentes na medição da qualidade dos cuidados prestados e que as avaliações que originam têm valor como dimensões de efectividade clínica e eficiência económica. O Plano Nacional de Saúde menciona que “ é por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores” (DGS, 2004:172).

É parte integrante de qualquer parecer estratégico acerca da qualidade, a posição dos utentes/utilizadores no centro das atenções. O empenho para acolher as suas necessidades, combinado com os meios disponíveis para apoiar, de forma contínua, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, propicia às instituições e profissionais de saúde o aumento do seu prestígio. Outras formas de responsabilização exigem do utente uma maior participação, o que determinará uma maior intervenção e um efectivo aumento de poder, no futuro. Assim, torna-se possível justificar como os UH se convertem em actores determinantes do futuro.

Relativamente à DCS, uma das possíveis justificações é a relevância de mudança de paradigma na área clínica, em que o conceito de direcção clínica dá lugar à prática de gestão clínica.

Relativamente à influência que da DCS no CAH, uma possível justificação para os resultados obtidos prende-se com o poder (formal e informal) dos médicos nas organizações de saúde. Areosa e Carapinheiro (2008), no estudo intitulado *Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar*, referem que nomeadamente as hierarquias de topo da profissão médica tornam-se actores tão fortes que chegam a competir com o poder inerente à administração hospitalar, a qual, teoricamente, detém o poder formal. Os mesmos autores mencionam “O facto de os profissionais do serviço de imagiologia utilizarem algumas técnicas muito diferenciadas e equipamentos tecnológicos sofisticados converte-se num instrumento de poder dentro da organização hospitalar.” (Areosa e Carapinheiro, 2008:106).

Os objectivos mais mobilizadores no jogo de actores são a PSU, OEO e MA.

É indiscutível que a segurança do utente é um pilar fundamental na qualidade em saúde. Neste contexto entende-se a relevância dada ao objectivo PSU.

Nas estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde, do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, a Governação Clínica (Roland M, Baker R, 1999) é referência para áreas como o desempenho profissional e competência técnica, a utilização eficiente de recursos, a gestão do risco e a satisfação do doente (Integrated Governance: UK, 2006).

A prestação de serviços e de cuidados de saúde é uma actividade complexa, inconstante no resultado e, manifestamente, com potencial de ocasionar danos colaterais nos utentes. A governação clínica é entendida como um sistema para melhorar os padrões da prática clínica e para proteger utentes de padrões de cuidados inaceitáveis.

“Repensar o Modelo de Governação dos hospitais portugueses, tornando a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e enquadrando-os no contexto mais global do sistema de saúde, afigura-se extremamente oportuno e susceptível de fornecer um contributo inestimável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais.” (*cit.in governação dos Hospitais, 2009*). Uma gestão de risco e uma governança clínica eficaz provêm da percepção sobre a essência dos erros.

Outro dos objectivos com mais destaque é OEO. Entende-se por objectivos estratégicos padrões pelos quais se pode aferir o desempenho presente e futuro em termos qualitativos para atingir a visão pretendida pela organização.

Sendo verdade que são indubitáveis os benefícios de uma profissionalização crescente, também é evidente a necessidade de que os profissionais de saúde sejam cada vez mais capazes de reflectir sobre sua própria relação com o saber, o poder, as instituições, as tecnologias, a cooperação, para que possam actuar de forma estratégica a gestão do conhecimento e os objectivos organizacionais. No relatório de missão do grupo de trabalho de Radiologia para implementação do processo de Bolonha (2004), o técnico de radiologia é

responsável por dirigir os princípios e conceitos da profissão de forma a acautelar a segurança e colaborar para a manutenção e melhoria da saúde, através da, entre outros, formulação de planos e estratégias e garantir a sua aplicação prática.

Diferenciado foi também o objectivo MA. Profissionais de saúde motivados são profissionais com níveis de envolvimento e compromisso apropriados num contexto de trabalho em equipa e de transversalidade de intervenção. A falta de motivação dos profissionais, a não existência de uma política de recursos humanos que acautele uma carreira, nomeadamente no sector público e a valorização profissional e salarial dos profissionais de saúde é indiscutivelmente um tributo decisivo para o insucesso da maioria das estratégias delineadas pelas organizações.

Ao ter em consideração o peso dos objectivos, os actores CT e CAH são os mais implicados neste jogo, inclui-se também o actor MS, visto que os objectivos para que está mobilizado têm também um grau de importância elevado.

Diante uma necessidade de acção colectiva é fulcral que os superiores hierárquicos consigam mobilizar todos os intervenientes em torno de objectivos comuns. A CT tem um papel mediador no que respeita a todas as decisões internas que impliquem reorganização, isto porque é influenciado mas também influencia um dos actores mais relevantes, a DCS e, é o actor mais implicado com os objectivos mais mobilizadores.

4.2. Análise Estrutural

O método MICMAC (Matriz de Impactos Cruzados de Multiplicação Aplicada a uma Classificação) possibilita uma hierarquização de variáveis em função da influência directa e indirecta que cada variável exerce sobre outra, tendo como ponto de partida a identificação das variáveis relevantes e das relações entre elas delineada na delimitação do sistema.

Para o presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

Os princípios da gestão pela qualidade total devem ser promovidos no serviço de imagiologia de forma a abranger todos os colaboradores (GQT);

Existe um plano de acção com metas e objectivos que é revisto e actualizado periodicamente a todos os níveis (PA);

O feedback dos utentes do SI constitui um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade de serviços prestados (FU);

Os serviços prestados ao utente no SI devem ser avaliados comparativamente com outras entidades prestadoras (SP);

O papel atribuído ao ensino e a formação é determinante para a implementação do modelo de qualidade EFQM no SI (EFQM);

Existem canais de comunicação eficazes de forma a assegurar a transmissão da informação em todos os sentidos (CCE);

As comissões de escolha para os recursos tecnológicos do SI devem ter na sua constituição um técnico de radiologia (CE);

As decisões de investimento no SI são sujeitas a avaliação (ATS) e a análise de risco (ATS);

É importante existir um processo estruturado para a identificação de áreas de melhoria no SI (IAM);

É importante analisar e avaliar os processos chave, os riscos e os factores críticos de sucesso tendo em consideração os objectivos da instituição hospitalar (PCR).

Quadro 9: Quadro de operacionalização de variáveis.

Critérios Aplicáveis	Conceitos Fundamentais	Operacionalização das Variáveis
Meios/Organização/Capacidades		
2. Liderança	10. Liderança e constância de processos	Obtido nos 2 itens (A.3.1. e A.3.2.), pelos quais a dimensão Liderança é composta). Respeitante à secção A do questionário.
11.Política e Estratégia	2.Gestão pela Qualidade Total (conceito implícito)	Obtido nos 2 itens (A.3.3. e A.3.4.), pelos quais a dimensão Política e Estratégia é composta). Respeitante à secção A do questionário.
12.Pessoas	3.Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas	Obtido nos 2 itens (A.3.5. e A.3.6.), pelos quais a dimensão Pessoas é composta). Respeitante à secção A do questionário.
13.Parcerias e Recursos	4.Desenvolvimento de Parcerias	Obtido nos 2 itens (A.3.7. e A.3.8.), pelos quais a dimensão Parcerias e Recursos é composta). Respeitante à secção A do questionário.
14.Processos	5.Gestão por processos e factos	Obtido nos 2 itens (A.3.9. e A.3.10.), pelos quais a dimensão Processos é composta). Respeitante à secção A do questionário.

Fonte: Adaptação do modelo de Excelência da EFQM (Lopes, 2007)

A matriz de influências directas descreve as relações de influências entre as variáveis.

Neste método a motricidade é encarada como um indicador quantitativo que determina o número de vezes que a variável estudada exerce uma acção sobre o sistema, e a dependência é considerada um quantificador do número de vezes que determinada variável é influenciada pelas demais. As variáveis serão então, classificadas segundo uma tipologia baseada no seu grau de motricidade e dependência. A motricidade directa de uma variável é dada pela soma em linha da matriz. A dependência directa de uma variável é dada soma em coluna da matriz.

Quadro 10: Matriz de influências directas (MID)

	1 : GQT	2 : PA	3 : FU	4 : SP	5 : EFQM	6 : CCE	7 : CE	8 : ATS	9 : IAM	10 : PCR
1 : GQT	0	3	1	1	1	2	0	1	0	0
2 : PA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3 : FU	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1
4 : SP	1	3	2	0	1	1	1	1	1	1
5 : EFQM	1	3	1	1	0	1	1	0	1	1
6 : CCE	2	3	1	1	1	0	2	1	2	2
7 : CE	0	3	1	1	1	2	0	1	0	0
8 : ATS	1	3	1	1	0	1	1	0	1	1
9 : IAM	0	3	1	1	1	2	0	1	0	0
10 : PCR	0	3	1	1	1	2	0	1	0	0

© LPSOR-EPITA-MICMAC

Fonte: Inquérito

Da análise da Matriz de influências directas verifica-se:

- A variável que se destaca por ter uma forte motricidade, assim como, uma forte dependência é a PA (30,479), seguida da variável CCE (15,332);

O conjunto das variáveis pode-se posicionar num plano de motricidade - dependência (Plano de influências e dependências entre variáveis).

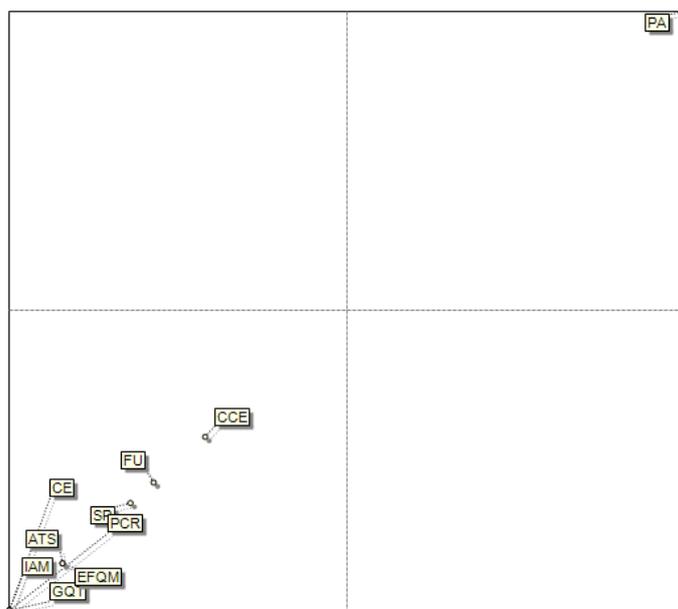


Figura 8: Plano de influências e dependências entre variáveis

Fonte: Inquérito

Verifica-se que a variável PA é uma variável de ligação (variáveis ao mesmo tempo muito motrizes e muito dependentes), ou seja, qualquer acção sobre esta variável terá eco sobre as outras variáveis e um efeito de retorno sobre si, aumentando ou enfraquecendo a acção inicial.

A variável CCE pode ser considerada uma variável de pelotão (variáveis medianamente motrizes e medianamente dependentes), ou seja, não possuem desenvolvimento conhecido, sendo complicado estabelecer as suas características.

As restantes variáveis em estudo estão distribuídas no sector das variáveis excluídas (variáveis pouco motrizes e pouco dependentes), ou seja, possuem pouca relação com o sistema; devido ao carácter autónomo, não se estabelecem como determinantes de mudanças no futuro.

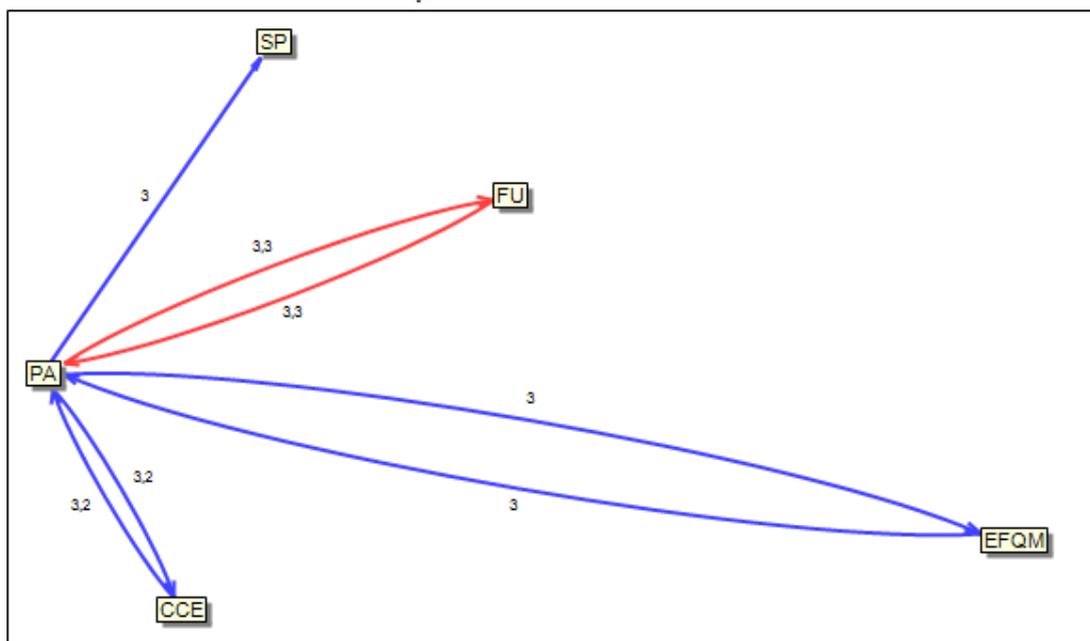


Figura 9: Plano de influências directas

Fonte: Inquérito

Após análise verifica-se, o já anteriormente descrito, a variável PA é variável de ligação, qualquer acção sobre ela terá eco sobre as outras variáveis representadas na figura 9 e um efeito de retorno sobre si, aumentando ou

enfraquecendo a acção inicial. Assim, influencia a variável FU e é por ela influenciada, influencia mais importante.

O método MICMAC permite, também, determinar as relações indirectas entre as variáveis revelando deste modo o que não é imediatamente perceptível na matriz de análise estrutural. Neste estudo não se determinam relações indirectas entre as variáveis. Contudo e após análise do Plano de influencias / dependências indirectas, verifica-se:



Figura 10: Plano de influências/dependências directas entre variáveis

Fonte: Inquérito

- A totalidade das variáveis desloca-se para o centro, no sentido de ocuparem lugar num dos outros quadrantes.

Os problemas com que se debate a sociedade actual, e concretamente o sector da saúde, são de natureza de tal forma diferenciada e complexa que a sua determinação necessita de novos instrumentos, adequados para responderem a necessidades nem sempre expostas, mas que devem ser ponderadas através de análises estratégicas e prospectivas. O desenvolvimento de um plano estratégico tem particular relevância no

momento actual, dadas as profundas mudanças previsíveis no sector da saúde em Portugal. É assim, perceptível o destaque dado à variável PA. Vidigal (2010) no estudo intitulado *Contributo para a Gestão da Qualidade Clínica num Serviço de Radiologia*, menciona “é necessário criar uma cultura da qualidade nos serviços de radiologia integrando todos os profissionais intervenientes na criação, planeamento e implementação de actividades da qualidade” (Vidigal, 200:28) O plano de acção dá preferência às iniciativas mais importantes para atingir os objectivos e metas delineados pela organização e propõe uma forma de alcançar os objectivos estratégicos previamente estabelecidos. Este facto vai ao encontro do já anteriormente descrito quanto a um dos objectivos mobilizadores, OEO.

Esta variável influencia e é influenciada pelo FU. É evidente que a melhoria continua da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos utentes e conseqüentemente como actores determinantes do futuro o seu feedback constitui um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade de serviços prestados.

O conceito de *empowerment* implica promover e aumentar a aptidão dos cidadãos para irem de encontro à satisfação das suas próprias carências. O sentido de uma estratégia de *empowerment* é precisamente por em causa o papel do utente enquanto tal e transformá-lo num co-decisor e num co-responsável pelas decisões e pelos serviços que o hospital proporciona à comunidade (Cornwall *et al.*, 2001 citado em *Governança dos Hospitais*, 2009:275). Neste sentido, os profissionais de saúde, nomeadamente os técnicos de radiologia tem um papel fundamental, o de promover a educação do público em geral sobre os riscos e benefícios dos exames radiológicos, possibilitando que o utente possa ser co-decisor informado sobre os seus exames e possam dar o seu consentimento informado.

4.3. Análise dos Conceitos e aspectos gerais: qualidade

Relativamente ao grau de compreensão e interesse dos conceitos de qualidade para a saúde obtiveram-se os seguintes dados.

Quadro 11: Conceitos de qualidade para a saúde

Conceitos	Média	Pontuação
Gestão pela qualidade total	Média = 2,3	Não compreendo mas estou interessado em perceber
Melhoria contínua da qualidade	Média = 3,0	Compreendo em parte
Modelo EFQM	Média = 2,3	Não compreendo mas estou interessado em perceber
Controlo de qualidade	Média = 3,3	Compreendo em parte
Eficácia Clínica	Média = 3,0	Compreendo em parte
Formação ao longo da vida	Média = 4	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
Objectivos estratégicos	Média = 3,0	Compreendo em parte
Auto-avaliação	Média = 4,0	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
Gestão do Risco	Média = 2,6	Compreendo em parte
Governança Clínica	Média = 2,3	Não compreendo mas estou interessado em perceber

Fonte: Inquérito

Após análise verifica-se:

- Os conceitos Gestão pela qualidade total e Governança Clínica não são compreendidos mas os inquiridos estão interessados em perceber;
- Os conceitos Formação ao longo da vida e Auto-avaliação são compreendidos e os inquiridos conseguem explicar aos outros;
- Os restantes conceitos são compreendidos em parte.

Relativamente às questões relacionadas com aspectos gerais sobre qualidade para a saúde no serviço de imagiologia em estudo, obtiveram-se os seguintes dados:

Quadro 9: Aspectos gerais

Aspectos Gerais	Pontuação
Considera que o Serviço de imagiologia onde trabalha tem profissionais com formação em qualidade para a saúde?	Não
Se respondeu “Não”, considera que essa situação condicionará negativamente a aplicabilidade do modelo para a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços?	Não
Considera que o serviço de Imagiologia onde desempenha funções tem objectivos estratégicos de melhoria contínua da qualidade?	Não

Fonte: Inquérito

Após análise verifica-se:

- Os inquiridos consideram que no serviço de Imagiologia em estudo não existem profissionais com formação em qualidade para a saúde;
- Que essa situação não condicionará negativamente a aplicabilidade do modelo para a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços;
- Que no serviço de Imagiologia em estudo não tem objectivos estratégicos de melhoria contínua da qualidade.

As transformações tecnológicas mudam o trabalho, a comunicação, a vida quotidiana, e até mesmo o pensamento. Na mudança acelerada dos conhecimentos necessários para ser eficaz na actuação profissional, os profissionais de saúde, necessitam constantemente de se actualizar, para poderem responder aos enormes desafios que se colocam. O desenvolvimento profissional, pressupõe a promoção e manutenção da imagem profissional a partir da constante busca e actualização do conhecimento e do desenvolvimento de competências através da formação contínua. O Processo de Bolonha está na origem da mudança do paradigma do ensino actual, assenta no desenvolvimento de competências face aos objectivos de aprendizagem.

O relatório de missão do grupo de trabalho de Radiologia para implementação do processo de Bolonha (2004) menciona que os estudantes deverão ser

activamente estimulados ao compromisso de um processo de aprendizagem contínua. Neste sentido, a necessidade de, através da formação os profissionais servirem como agentes de mudança.

5. Considerações Finais

A partir dos conceitos de qualidade e de análise prospectiva pretendeu-se ao longo deste estudo aplicar a opção metodológica de prospectiva estratégica, designadamente, a adaptação do método de cenários de Michel Godet para a análise das condições de implementação dum sistema de qualidade na área da imagiologia hospitalar, nomeadamente ao nível da Radiologia Convencional.

Neste sentido foi importante questionar o quanto desafiador é o cenário actual e que impacto directo e indirecto causa na avaliação das directrizes de desenvolvimento para o futuro do sistema em análise.

Após análise da estratégia de actores, através da qual se ponderou as relações de força entre os mesmos, identificou-se, nomeadamente a partir das variáveis-chave, que os actores determinantes do futuro, para o desenvolvimento dum sistema de gestão de qualidade EFQM na área da imagiologia, são os UH e a DCS

A posição dos utentes/utilizadores no centro das atenções, como parte envolvida no processo de tomada de decisão, deve ser entendida como variável estratégica no plano de implementação do modelo de melhoria contínua da qualidade. A cultura organizacional do sistema em estudo deve promover a visão dos utentes nas suas múltiplas dimensões, isto é, deve ter como eixo estratégico, o compromisso para acolher as suas necessidades, combinado com os meios disponíveis para apoiar, de forma contínua, a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A governação clínica enquadrada no contexto da governação do sistema analisado será um contributo valioso para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma vez que, caracteriza uma nova cultura e uma nova forma de

considerar as organizações de saúde na qual o utente tem um papel de destaque. Neste sentido, e com a preocupação de adaptá-la à realidade do serviço de imagiologia (radiologia convencional) serão delineadas como recomendações estratégicas: devem ser promovidos contactos regulares com a comunidade onde está inserido; aprofundar o estudo e a análise da satisfação dos utentes; promover o estudo acerca das expectativas e das necessidades dos utentes/utilizadores.

A qualidade e a sua melhoria contínua são pilares elementares e estruturantes de uma organização que presta serviços, nomeadamente no âmbito da saúde, em que uma das preocupações fundamentais tem que assumir o objectivo de oferecer cuidados cada vez mais adequados. Relativamente à DCS, uma das possíveis justificações é a relevância de mudança de paradigma na área clínica, em que o conceito de direcção clínica dá lugar à prática de gestão clínica.

“ A governação clínica deve ser pensada no contexto da governação dos hospitais e esta, no quadro mais global da governação do sistema de saúde, entendida como o enquadramento que garante, os vários níveis do sistema de saúde, que as decisões sobre estruturas e processos têm como principal alvo e critério o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objectivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema.”
(Campos, 2009: 32, *In Governação dos Hospitais*)

A aplicação deste método permitiu, igualmente, o estudo do posicionamento dos actores perante os objectivos estratégicos identificados, os quais foram definidos com base nos pilares fundamentais do modelo de qualidade EFQM. Assim, os objectivos mais mobilizadores no jogo de actores foram a PSU, OEO e MA.

A relevância das perspectivas dos utentes na medição da qualidade dos serviços e cuidados prestados e as avaliações que originam têm valor como dimensões de efectividade clínica e eficiência económica.

O conceito de gestão do risco é um conceito chave da governação clínica, que tem por objectivo essencial promover a qualidade dos cuidados e a segurança do utente, exigindo novos formatos de avaliação da sua eficácia.

A gestão de risco aplicada à protecção das radiações ionizantes manifesta-se no estudo dos procedimentos e no desenvolvimento e optimização dos processos que possibilitam controlar a irradiação da espécie humana com radiação ionizante. Os profissionais de saúde que desempenham funções no sistema em análise, têm a importante responsabilidade de proteger os utentes, a si próprios e aos outros profissionais, contra o excesso de radiação ionizante, ou seja, proceder a uma correcta Gestão de Risco.

O Capital Humano tem sido uma preocupação constante da gestão. De modo a maximizar o seu desempenho, é necessário que os indivíduos se sintam motivados, só assim, poderão desenvolver com melhor qualidade as suas tarefas e perseguir os objectivos estratégicos da organização com maior eficácia. Diante uma necessidade de acção colectiva é fulcral que os superiores hierárquicos consigam motivar e mobilizar todos os intervenientes em torno de objectivos comuns. A CT tem aqui, um papel fundamental, como função estratégica, para que os objectivos organizacionais sejam atingidos.

O plano de acção dá preferência às iniciativas mais importantes para atingir os objectivos e metas delineados pela organização. O plano de acção propõe uma forma de alcançar os objectivos estratégicos previamente estabelecidos. É assim, perceptível o destaque dado à variável PA. A ausência de um plano de acção com metas e objectivos é uma das prioridades para a implementação do modelo de qualidade EFQM no sistema em estudo. A área da radiologia convencional deve ser dotada de uma estratégia clara e de um PA, coerente e integrado, de forma a atingir os níveis de excelência pretendidos.

A sociedade do conhecimento dá um novo sentido às organizações, no geral e promove o aparecimento de profissionais do conhecimento. Este facto está directamente ligado ao desempenho criativo dos colaboradores, ao conhecimento de cada indivíduo, assim como à interacção deste com a equipa multidisciplinar.

No caso específico, das organizações de saúde é necessário criar condições para que os profissionais da saúde partilhem o conhecimento, o internalizem e o apliquem para a criação de novos conhecimentos, deverá promover-se uma atitude mais proactiva relativamente a formação e actualização dos recursos humanos, nomeadamente na problemática da qualidade. A gestão da qualidade através dos recursos humanos, deverá assumir a formação e a aprendizagem como variáveis estratégicas, determinantes para a implementação do modelo de qualidade EFQM no serviço de imagiologia, nomeadamente ao nível da radiologia convencional. A formação para a governação clínica, nomeadamente no que diz respeito à problemática da qualidade é um facto indispensável e prioritário.

Fomentar a prática reflectiva e o pensamento crítico é fomentar o uso adequado da dúvida, da incerteza e dos processos de inferência rigorosa. A dinamização de formação em serviço em espaços de reflexão e partilha que possibilitem o envolvimento de toda a equipa e a troca de conhecimentos e experiências, são uma das formas, de entre outras, de o desenvolver.

6. Recomendações Estratégicas

A finalidade deste estudo foi de elaborar recomendações estratégicas face às tendências e condições para a implementação dum modelo de qualidade EFQM num Serviço de Imagiologia Hospitalar, nomeadamente ao nível da Radiologia Convencional.

Neste sentido, com base nos resultados obtidos e os critérios do modelo de qualidade EFQM:

- Liderança: O líder deve exercer um papel activo e fundamental na determinação do sucesso da equipa, assegurando-se que os outros profissionais aderem à missão, visão, objectivos, cultura e políticas organizacionais, e que o desempenho colectivo deixa de ser um somatório de empenhos individuais e passa a ser um resultado de equipa.

Recomendação: Definir um conjunto de objectivos, de valores e partilhá-los com os restantes profissionais. Utilizar o *empowerment* para motivar os recursos humanos e indicar os caminhos para a excelência.

Recomendação: A cultura organizacional deve promover a visão dos utentes nas suas múltiplas dimensões.

Recomendação: A liderança deve preocupar-se e fomentar a motivação dos colaboradores. É, essencial, actuar na motivação da equipa, para que se crie uma estrutura que permita manter um nível de motivação que ajude a ultrapassar as dificuldades que possam surgir, nunca esquecendo que o trabalho em equipa tem especificidades e dificuldades próprias.

- Pessoas: A gestão da qualidade através dos recursos humanos. A formação e aprendizagem como variáveis estratégicas. A implementação do modelo de qualidade EFQM exige um conjunto de procedimentos e métodos multidisciplinares.

Recomendação: Planear a formação em função da evolução previsível das necessidades para uma melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Recomendação: Promoção de uma atitude mais proactiva relativamente a formação e actualização dos recursos humanos, nomeadamente na problemática da qualidade.

Recomendação: Promover como eixo da formação o *empowerment*.

- Políticas e Estratégias:

Recomendação: Deve ser prioridade o desenvolvimento de um plano de acção que proponha uma forma de alcançar os objectivos estratégicos previamente estabelecidos na área da qualidade dos serviços prestados.

Recomendação: Promover o estudo acerca das expectativas e das necessidades dos utentes/utilizadores.

Recomendação: Promover a melhoria contínua de qualidade ao nível dos processos incentivando a formação em qualidade e governação.

- Processos:

A segurança dos utentes deve ser encarada como componente fundamental da qualidade na prestação de serviços de saúde, sendo a boa gestão de risco crucial para a promoção dessa segurança.

Recomendação: A utilização da gestão de risco deve ser incentivada como medida para promover maior segurança. Promover o registo de *reposte* de erros e eventos adversos.

Recomendação: Fomentar a necessidade do registo individual de dose de radiação ionizante dos utentes/utilizadores.

Recomendação: Promover a standardização de protocolos baseados na Prática Baseada na Evidência como forma de minimizar o erro e consequentemente aumentar a segurança nos serviços de saúde prestados. Uma optimização da governação clínica passa pelo conhecimento das boas práticas.

Avaliação da qualidade dos processos: feedback dos utentes constitui um factor de enorme importância na implementação de melhorias na qualidade de serviços prestados.

Recomendação: Aprofundar o estudo e a análise da satisfação dos utentes.

Recomendação: Devem ser promovidos contactos regulares com a comunidade onde está inserido.

7. Mapa de prioridades estratégicas a curto e médio prazo

A definição das prioridades baseia-se na indispensabilidade de hierarquizar as acções com vista à implementação da principal estratégia de forma harmonizada, para que ao serem realizadas em paralelo, se inter-relacionem e influenciem outras intervenções dependentes.

A definição criteriosa das prioridades para implementação do modelo de qualidade EFQM na área da imagiologia hospitalar, nomeadamente ao nível da radiologia convencional, foi baseada nos resultados obtidos e nas recomendações estratégicas delineadas. Definiu-se como intervenção a curto prazo um ano e intervenção a médio prazo cinco anos.

Quadro de referência (EFQM, Liderança)

Ponto de situação actual: papel activo na determinação do sucesso da equipa, actuando na sua motivação e assegurando-se que os outros profissionais aderem à missão, visão, objectivos, cultura e políticas organizacionais

Intervenções necessárias a curto prazo: definir um conjunto de objectivos, de valores relativos à implementação do modelo de qualidade EFQM e partilhá-los com os restantes profissionais.

Intervenções necessárias a médio prazo: utilizar o *empowerment* para motivar os recursos humanos e indicar os caminhos para a excelência; a cultura organizacional deve promover a visão dos utentes nas suas múltiplas dimensões; actuar na motivação da equipa.

Quadro de referência (EFQM, Pessoas)

Ponto de situação actual: os conceitos Gestão pela qualidade total e Governança Clínica não são compreendidos mas os profissionais de saúde do sistema em estudo estão interessados em perceber; os restantes conceitos apresentados e relativamente à qualidade em saúde são apenas compreendidos em parte, excepto Formação ao longo da vida e Auto-

avaliação. No serviço de Imagiologia em estudo não existem profissionais com formação em qualidade para a saúde.

Intervenções necessárias a curto prazo: planear a formação em função da evolução previsível das necessidades para uma melhoria contínua da qualidade dos serviços; promover formação na área da qualidade para a saúde.

Intervenções necessárias a médio prazo: promoção de uma atitude mais proactiva relativamente a formação e actualização dos recursos humanos, nomeadamente na problemática da qualidade; promover como eixo da formação o *empowerment*.

Quadro de referência (EFQM, Políticas e Estratégias)

Ponto de situação actual: ausência de um plano de acção com metas e objectivos para a implementação do modelo de qualidade EFQM no sistema em estudo.

Intervenções necessárias a curto prazo: determinação de objectivos estratégicos na área da qualidade dos serviços de saúde prestados; desenvolvimento de um plano de acção que proponha uma forma de alcançar os objectivos estratégicos previamente estabelecidos na área da qualidade dos serviços prestados.

Intervenções necessárias a médio prazo: promover o estudo acerca das expectativas e das necessidades dos utentes/utilizadores; promover a melhoria contínua de qualidade ao nível dos processos incentivando a formação em qualidade e governação.

Quadro de referência (EFQM, Processos)

Ponto de situação actual: ausência de registo de *reposte* de erros e eventos adversos;

Intervenções necessárias a curto prazo: deve ser incentivada a utilização da plataforma de gestão de risco existente, como medida para promover maior segurança. Promover o registo de *reposte* de erros e eventos adversos; fomentar a necessidade do registo individual de dose de radiação ionizante dos utentes/utilizadores.

Intervenções necessárias a médio prazo: promover a standardização de protocolos baseados na Prática Baseada na Evidência como forma de minimizar o erro; aprofundar o estudo e a análise da satisfação dos utentes; devem ser promovidos contactos regulares com a comunidade local; Promover o registo individual de dose de radiação ionizante dos utentes/utilizadores.

8. Referências Bibliográficas

António, S., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM* (1ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Areosa, J. e Carapinheiro, G. (2008). *Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar*. *Sociologia*, no.57, p.83-108. ISSN 0873-6529.

Caetano, A., & Vala, J. (2002). *Gestão de Recursos Humanos: contextos, processos e técnicas* (2ª ed.). Lisboa: RH.

Caldas, J. M., Caria, F., Moura, D., Perestrelo, M. M. & Pinto, T. C. (1999). *A Baixa Pombalina - Diagnóstico, Prospectiva e Estratégia de Actores*. Oeiras: Celta Editora.

Campos, L., & Borges, M., & Portugal, R. (2009). *Governança dos Hospitais*, (1ª ed.). Alfragide: Casa das Letras

Carvalho, J. C., & Filipe, J. C. (2008). *Manual de Estratégia - Conceitos, Prática e Roteiro* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R.C., & Cardoso, C. C. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (2ª ed.). Lisboa: Editora RH.

Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La prensa Mexicana.

Donabedian, A., & Povar, G. (1991). *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Ann Arbor: Health Administration Press.

European Foundation for Quality Management (EFQM). (2003). *Introdução à Excelência*. Bruxelas: Brussels Representative Office.

Faria, P. L., & Moreira, P. S. (2009). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho n.º 14 223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Rev. Port. Sau. Pub.*, 27 (2), 103-106. ISSN 0870-9025.

Freire, A. (1997). *Estratégia - Sucesso em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Verbo.

Godet, M. (1993). *Manual da Prospectiva Estratégica: da antecipação à acção*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

Godet, M. (2000). *A Caixa de Ferramentas da Prospectiva Estratégica*. Lisboa: Cadernos do CEPES.

Godet, M. (2004). *Manuel de prospective stratégique – l'art et la méthode*. (2ª ed.). Paris: Dunod.

Juran, J. (1995). *A History of Managing for Quality: The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality*. Milwaukee: ASQC Quality Press.

Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH.

Marcial, E. C., & Grumbach, R. J. (2005). *Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor* (3ª. ed.). Rio de Janeiro: FGV.

Nabitz, U., Quaglia, G., & Wangen, P. (1999). *EFQM's New Excellence Model*. Quality Progress.

Perestelo, M., & Caldas, J. (1996). Estratégias de actores: prospectiva e avaliação. *Sociologia Problemas e Práticas*, 22, 81-94.

Pisco, L. (2001). Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em Saúde*, 5, 4-6.

Pisco, L. (2004). Avaliação ou motivação. *Revista Qualidade em Saúde*, 10, 4-6.

Schermerhorn, J., Hunt, J., & Osborn, R. (2008), *Organizational Behavior*. (10ª ed.). Danvers: John Wiley.

Silva, C. A. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional: uma abordagem sociológica*. Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora.

Sítios da internet visitados:

Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho. O caso de um serviço hospitalar. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação*, 5, 19-32. Consultado em 20 de Agosto, 2011 através de <http://sisifo.fpce.ul.pt>

Associação Portuguesa para a Qualidade. *EFQM Levels of Excellence*. Consultado em 20 de Agosto, 2011 através de <http://www.apq.pt/conteudo.aspx?id=139>

Bugada, H. (2006). *Pilares fundamentais da "Clinical Governance"*. Consultado em 24 de Agosto, 2011 através de http://www.spqsaude.pt/download/Clinical_Governance_Pilares.pdf

Campos, C. (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 5, 563-569. Consultado em 26 de Agosto, 2011 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500007

EFQM Excellence Model. Consultado em 26 de Agosto, 2011 através de <http://www.efqm.org/en/>

Ferreira, P. L., & R, V. (2006). *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação*. Consultado em 29 de Agosto, 2011 através de <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529111820687631.pdf>

Decreto-Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro. *Diário da República nº 258/2002 - I Série A*. Consultado em 29 de Agosto, 2011 através de <http://dre.pt/pdfgratis>

Maia, M. J. (2011). Competências para a Tomada de Decisão na Radiologia: Uma abordagem de Avaliação de Tecnologia. *Centro de Investigação em Inovação Empresarial e do Trabalho. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa*. Consultado em 1 de Outubro, 2011 através de http://run.unl.pt/bitstream/10362/6141/1/WPSeries_02_2011MaiaMoniz.pdf

Proposta de Matriz para os perfis por profissão. Implementação do Processo de Bolonha, Relatório de missão do grupo de trabalho de Radiologia. Consultado em 1 de Outubro, 2011 através de

www.ccisp.pt/.../bolonha/...saude/Grupo_Radiologia_29_NOVEMBRO.

Vidigal, R.R. (2010). Contributo para a gestão da qualidade clínica num serviço de radiologia. *Universidade Nova de Lisboa*. Consultado em 2 de Outubro, 2011 através de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5303/1/RUN%20%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Rita%20Vidigal.pdf>

9. Apêndices

Apêndice I: Questionário

Apêndice II: Análise SWOT.

Apêndice I: Questionário

Apêndice II: Análise SWOT.