

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

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

**CONTRIBUTOS PARA A ANÁLISE DA QUALIDADE
ORGANIZACIONAL DE UM DEPARTAMENTO CLÍNICO
DE UMA INSTITUIÇÃO DESPORTIVA**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:
Miguel Pena Gomes Almeida Pinto**

**Orientador:
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva**

**Évora
Janeiro 2008**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

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

CONTRIBUTOS PARA A ANÁLISE DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DE UM DEPARTAMENTO CLÍNICO DE UMA INSTITUIÇÃO DESPORTIVA

**Dissertação de Mestrado apresentada por:
Miguel Pena Gomes Almeida Pinto**

**Orientador:
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva**



164 705

**Évora
Janeiro 2008**

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento vai para o meu orientador, o Professor Doutor Carlos Alberto da Silva que, com a sua sabedoria, disponibilidade, firmeza e dedicação me conduziu e orientou, *incansavelmente*, através desta longa caminhada, tornando possível a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de Mestrado e a todos os docentes deste Mestrado, em especial à colega e amiga Ana Rosalina Martins Fernandes.

Aos meus colegas de profissão e amigos que directa ou indirectamente me apoiaram e *suportaram*, amavelmente, a minha ausência e indisponibilidade em termos pessoais e profissionais.

Um especial agradecimento a todos aqueles que contribuíram com os seus testemunhos e a sua experiência e que tornaram possível a realização deste estudo.

Quero ainda deixar expresso o agradecimento à Direcção da Instituição Desportiva que permitiu e autorizou a realização deste trabalho. Sem o seu contributo este trabalho não teria sido possível.

A toda minha Família. Ao meu pai e à minha mãe pelo seu constante apoio, à minha tia Manuela pela ajuda e compreensão. Em especial, ao meu filho Guilherme e à minha mulher Carina pela forma como me apoiaram e, sobretudo, pela falta de tempo e atenção a que os submeti.

A todos eles o meu grande e sincero, **MUITO OBRIGADO!!!**

Índice Geral

	Página
Resumo	X
Abstract	XI
Introdução	1

Capítulo I – Referências Teóricas

1. Qualidade	6
1.1 Evolução do Conceito de Qualidade	6
1.2 Conceito de Qualidade.....	10
1.3 Qualidade em Saúde	16
1.4 Evolução do Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde.....	16
1.5 Conceito de Qualidade dos Serviços de Saúde.....	18
1.6 Qualidade na Saúde em Portugal – O Trajecto Português.....	21
1.6.1 Algumas Estruturas Importantes no Desenvolvimento da Qualidade em Portugal.....	23
1.6.2 Alguns Procedimentos Importantes no Desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal	25
1.6.3 MoniQuOr CS Portugal	29
1.7 A Importância da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	31
1.7.1 Importância Para os Utentes	32
1.7.2 Importância Para os Colaboradores.....	32
1.7.3 Importância na Redução dos Custos.....	33
1.8 Organização e Prestação de Cuidados de Saúde	36
1.9 Acções Para a Mudança.....	36
1.10 .Sistema de Gestão da Qualidade	38
1.11 International Standardization Organization (ISO)	41
1.12 Qualidade em Fisioterapia.....	43
1.13 Benchmarking na Saúde	45
1.14 Benchmarking e Fisioterapia.....	46
1.15 Padrões de Prática em Fisioterapia.....	47

2. Gestão Organizacional	50
2.1 Organizações (de Saúde)	50
2.2 Organizações de Saúde	51
2.3 Processo de Gestão	52
2.3.1 Planeamento	53
2.3.2 Organização	54
2.3.3 Liderança	55
2.3.4 Controlo	56
3. Caracterização do Contexto do Estudo	57
3.1 Caracterização da Instituição Desportiva:	57
3.2 O Futebol de Formação	58
3.3 O Departamento Clínico	65

Capítulo II – Metodologia do Estudo

1. Metodologia do Estudo.....	69
1.1 Considerações Preliminares.....	69
1.2 Problemática do Estudo	70
1.3 Pertinência do Estudo	70
1.4 Paradigma do Estudo	72
1.5 Unidade de Análise.....	73
1.6 Pergunta de Partida.....	74
1.7 Objectivos.....	74
1.7.1 Objectivo Geral.....	75
1.7.2 Objectivos Específicos	75
1.8 Questões Orientadoras da Investigação	75
1.9 Instrumento de Recolha de Dados	76
1.10 Selecção e Caracterização dos Entrevistados	79
1.11 Definição do Modelo de Análise	80

Capítulo III – Análise da Qualidade Organizacional do Departamento Clínico da Instituição Desportiva

1. Caracterização dos Entrevistados	84
2. Organização e Gestão	87
2.1 Equipas Multidisciplinares	87
2.2 Plano de Actividades	91
2.3 Recursos	95
3. Direitos dos Utilizadores	98
3.1 Confidencialidade.....	98
3.2 Sugestões dos Atletas	100
4. Promoção da Saúde	101
5. Prestação de Cuidados	104
5.1 Atendimento	105
5.2 Disponibilidade dos Profissionais	105
5.3 Organização/Burocratização do Departamento	106
6. Formação Contínua	111
6.1 Avaliação	112
6.2 Formação Profissional e Contínua.....	113
7. Instalações	116
7.1 Instalações	117
7.2 Equipamento/Sistemas de Informação	119
7.3 Saúde Higiene e Segurança no Trabalho.....	120
8. Sugestões de Melhoria	122
8.1 Departamento Clínico.....	122
8.2 Intervenção	125

Capítulo IV – Considerações Finais e Recomendações

1. Nota Inicial	130
2. Considerações Finais	132

3. Recomendações	137
3.1 Limitações do Estudo	139
3.2 Inovação e Mudança Organizacional na Prestação de Cuidados de Saúde	139
4. Modelo de Intervenção Sócio-Organizacional:	141
4.1 Introdução	141
4.2 Metodologia	142
4.3 Recursos	143
5. Nota Final	143
 Bibliografia	 145
Anexos	153

Índice de Quadros

Quadro 1 – Exemplo de problemas com a qualidade nos serviços de saúde.....	35
Quadro 2 – Caracterização dos informantes-chave.....	85
Quadro 3 – Analogia da categoria: Organização e Gestão.....	87
Quadro 4 – Analogia da categoria: Direitos dos Utilizadores.....	98
Quadro 5 – Analogia da categoria: Promoção da Saúde.....	101
Quadro 6 – Analogia à categoria: Prestação de Cuidados.	104
Quadro 7 – Analogia à categoria: Formação Contínua.	112
Quadro 8 – Analogia à categoria: Instalações.....	116
Quadro 9 – Analogia à dimensão/categoria: Sugestões de Melhoria.....	122
Quadro 10 – Áreas organizacionais a necessitar de melhorias significativas da qualidade.....	127
Quadro 11 – Áreas organizacionais a necessitar de melhorias da qualidade.	128
Quadro 12 – Áreas organizacionais com boa qualidade.....	128

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de Deming.	11
Figura 2 – A importância da qualidade nos serviços de saúde.....	31
Figura 3 – Organigrama da área de formação da instituição desportiva.	64
Figura 4 – Esboço da planta do edifício onde se situa o departamento clínico.....	65
Figura 5 – Equilíbrio para obtenção da qualidade.....	131

Siglas e Abreviaturas

AATS	Agência de Avaliação de Tecnologias da Saúde
APF	Associação Portuguesa de Fisioterapia
APS	Associação Portuguesa da Qualidade
ARS	Administração Regional de Saúde
AVS	Acidente Vascular Cerebral
CNA	Comissão Nacional de Acreditação
DC	Departamento Clínico
DGS	Direcção Geral de Saúde
DR	Diário da República
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EUA	Estados Unidos da América
IAF	<i>International Accreditation Fórum</i>
ID	Instituição Desportiva
IIOC	<i>Independent International Organization for Certification</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr, Ricardo Jorge
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
ISO	<i>International Standardization Organization</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality System</i>
MoniQuOr	Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO)
ONA	Organismo Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC's	Pedidos de Acção Correctiva
QAA	<i>Quality Assurance Agency</i>

SAD	Sociedade Anónima Desportiva
SGS-ICS	Sociedade Geral de Superintendência – International Certification Services
SMA	Secretariado para a Modernização Administrativa
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPQ	Sistema Português da Qualidade
SWOT	Forças e Fraquezas, Ameaças e Oportunidades
TQM	<i>Total Quality Management</i> (Gestão da Qualidade Total)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WCPT	<i>World Confederation for Physical Therapy</i>
WHO	<i>World Health Organization</i> (OMS)

CONTRIBUTOS PARA A ANÁLISE DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DE UM DEPARTAMENTO CLÍNICO DE UMA INSTITUIÇÃO DESPORTIVA

Resumo

Este estudo tem como objectivo analisar e descrever a qualidade organizacional de um departamento clínico de uma instituição desportiva, na perspectiva dos seus profissionais de saúde. Nele se contempla a percepção que estes profissionais (1 médico, 2 enfermeiros e 4 fisioterapeutas) têm do funcionamento e da qualidade organizacional do seu serviço, quais as “*áreas organizacionais*” com melhor e pior qualidade, bem como as suas opiniões e sugestões com vista a otimizar essa qualidade e, consequentemente, a melhorar a prestação de cuidados de saúde.

Para conduzir o estudo, optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo “*estudo de caso*”, sendo um trabalho descritivo de carácter exploratório.

Foram efectuadas entrevistas semi-estruturadas aos 7 informantes-chave, após o que se procedeu ao seu tratamento, segundo uma análise de conteúdo categorial.

Feita a categorização dos testemunhos, foram identificadas as áreas de pior e melhor qualidade organizacional.

Apesar de os entrevistados pertencerem a grupos profissionais diferentes, a sua percepção revelou haver uma convergência de ideias no que se refere à qualidade organizacional do departamento em que se inserem.

No presente estudo, foi possível caracterizar o perfil da qualidade organizacional do departamento clínico da instituição desportiva, na óptica dos seus profissionais de saúde.

Considerações Finais: a percepção dos profissionais de saúde pode e deve ser usada como um indicador adicional da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Para melhorar essa qualidade, os profissionais de saúde devem ser encorajados a participar na gestão do próprio serviço e ser envolvidos na elaboração do seu plano de actividades e na definição dos seus objectivos organizacionais.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde; Qualidade Organizacional; Percepção da Qualidade, Instituição Desportiva.

CONTRIBUTIONS TO AN ANALYSIS OF ORGANIZATIONAL QUALITY OF A CLINICAL DEPARTMENT FROM A SPORT INSTITUTION

Abstract

The aim of this essay is to analyse and describe the organizational quality of a clinical department in a sports institution, based on the perspective of the health professionals who work there.

We discussed the perception these professionals (1 doctor, 2 nurses and 4 physiotherapists) have of the functioning and organizational quality of their work, what are the “organizational areas” with best and worst quality, as well as their opinions and suggestions that might help improve this service and, consequently, the health care services provided.

To help conduct the study, we have opted for a case study approach, since this was a work of descriptive nature and with an exploratory side.

Seven semi-structured interviews were done to key-informants and previously treated with a categorical analysis.

After the testimonies’ treatment was done, the areas of worst and best organization quality were identified.

In spite of belonging to different professional groups, the professionals enquired revealed a convergence of ideas in what concerns the organizational quality of the department they belong to.

It was also possible, with the present study, to assess the organizational quality profile of the clinical department of this sports institution, based on the views of its health professionals.

Final Considerations: The health professional’s views can and should be used as an additional indicator of the organizational quality of the health services.

To improve this quality, the health professionals must be encouraged to participate on the management of their own work, as well as be involved on the elaboration of their own activity plan and on the definition of their organizational goals.

Keywords: Quality in Health; Organizational Quality; Quality Perception; Sport Institution.

Introdução

O presente estudo foi desenvolvido no período de Fevereiro de 2006 a Maio de 2007, no âmbito da área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, curso ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002) e intitula-se – “Contributos para a Análise da Qualidade Organizacional de um Departamento Clínico de uma Instituição Desportiva”.

A qualidade dos serviços de saúde assume, actualmente, uma preponderância muito elevada a nível dos diversos sectores (político, económico, social e mesmo desportivo), com responsabilidades acrescidas na construção de uma sociedade que se quer cada vez melhor, com mais justiça social e melhor partilha dos recursos. A qualidade dos serviços de saúde tem também sido posta em causa pelos utilizadores dos serviços que, ao tornarem-se cada vez mais esclarecidos e exigentes, se consciencializam dos problemas que afectam a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, tanto a nível público como privado, sendo esta uma das grandes conquistas da última década.

Os profissionais de saúde surgem, então, como os grandes obreiros da “arte” de conseguir qualidade, pelo que as novas formas de pensar as organizações e os serviços de saúde têm de colocar os seus recursos humanos como a base de sustentabilidade de desenvolvimento da própria organização. No centro desta base encontram-se os profissionais, avaliados segundo a sua competência, formação, motivação, polivalência, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipa e a constituição da sua própria rede de relações (Zorrinho et al., 2003).

Mas se é verdade que nos últimos anos houve uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo quando se restringe a proposição às componentes técnicas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, confirmada pelos utentes quando questionados em inquéritos de satisfação, o mesmo não se pode dizer quando se entra nas áreas organizacionais ou da resposta dos serviços de saúde em áreas não directamente ligadas aos cuidados (Sequeira, 2005).

A realização do presente trabalho justifica-se em função da dificuldade de se avaliar a qualidade da prestação de cuidados. Consoante as características específicas de

cada serviço, a avaliação da qualidade apresenta-se como um processo extremamente complexo que está relacionado a múltiplos factores.

Em função dessa dificuldade existem poucos métodos e modelos para a avaliação da qualidade organizacional de serviços, sendo importante o desenvolvimento de estudos que proponham novas formas de análise e avaliação da qualidade.

O problema identificado e a sua pertinência foram tomando forma ao longo da minha actividade enquanto fisioterapeuta do departamento clínico da instituição desportiva onde se realizou o estudo. O interesse pelo tema surge através de uma reflexão pessoal minha que, estando a exercer funções no departamento clínico em causa, considero pertinente conhecer a opinião e envolvimento dos profissionais de saúde que diariamente trabalham comigo na prestação de cuidados de saúde a esta população específica de desportistas que pretendem ingressar no mundo da alta competição.

Os resultados deste estudo poderão servir de incentivo, quer para os profissionais que compõem a equipa médica, quer para que os gestores de topo possam suportar algumas das suas decisões de gestão organizacional, no sentido de otimizar o funcionamento e a prestação de cuidados do departamento clínico da instituição.

Assim, considereei pertinente a elaboração deste estudo porque:

Em primeiro lugar, aborda uma das temáticas do plano curricular do mestrado, amplamente debatida, relacionada com as políticas de qualidade e práticas de inovação da gestão dos serviços de saúde;

Foca a problemática da qualidade dos serviços de saúde relacionada com a organização e gestão dos próprios serviços, sendo a sua finalidade analisar como está organizado o departamento clínico em causa, a partir da percepção dos profissionais de saúde que nele exercem funções;

Como já foi referido, considero pertinente conhecer a opinião e envolvimento dos profissionais de saúde, que diariamente trabalham no departamento clínico desta instituição relativamente à qualidade organizacional, com o intuito de programar e desenvolver soluções alternativas para a sua melhoria e optimização.

Finalmente, uma investigação na área da qualidade organizacional dos serviços de saúde encontra a sua justificação no contributo que pode dar para um melhor conhecimento empírico da realidade portuguesa, sobre este tema, num contexto muito específico em que foi realizado este estudo.

Como cada caso é um caso e as variações entre serviços nunca deixam de existir, seja qual for o seu enquadramento, este estudo revela-se importante, no sentido em que analisa a qualidade organizacional de um serviço muito particular, com objectivos e linhas de actuação muito específicos não deixando, no entanto, de ter a promoção da saúde e a prevenção da doença como linhas orientadoras estratégicas.

Com o objectivo de melhor conhecer esta problemática, optei pela realização de um trabalho de investigação sobre a qualidade organizacional deste serviço de saúde apoiando-me, por um lado, em algumas teorias disponíveis que focam o problema, por outro, em trabalhos empíricos realizados nesta área e, por fim, nos testemunhos expressos pelos profissionais de saúde do departamento clínico da instituição desportiva acerca do modo como tem sido conduzido o processo de organização e gestão do departamento, dando “voz” aos actores organizacionais para que estes pudessem expressar as suas opiniões sobre a forma como tem sido gerido o seu próprio serviço.

Neste contexto, para a realização deste estudo foi formulada a seguinte pergunta de partida: Qual a percepção dos profissionais de saúde de uma instituição desportiva quanto ao funcionamento e qualidade organizacional do seu Departamento Clínico?

Por outras palavras, constituem objectivos do estudo conhecer: a percepção que os profissionais de saúde de uma instituição desportiva têm relativamente à qualidade organizacional do seu departamento clínico; as áreas organizacionais com melhores e piores atributos de qualidade, consideradas pelos profissionais de saúde; o perfil da qualidade organizacional do Departamento Clínico desta instituição desportiva; a opinião dos profissionais de saúde sobre aspectos que poderiam melhorar no sentido de otimizar o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva; e por fim, apresentar uma proposta de um plano de intervenção sócio-organizacional para o departamento clínico desta instituição desportiva.

Assim, este trabalho segue uma metodologia qualitativa do tipo estudo de caso, que se caracteriza por ser um estudo descritivo, de carácter exploratório que procura descrever e classificar os dados, e interpretar os resultados sem qualquer possibilidade de interferir ou modificar a realidade tal como esta se apresenta.

Descritivo na medida em que “(...) o investigador não pretende modificar a situação, mas compreendê-la tal como ela é. Para isso apoia-se numa “descrição grossa” (thick description), isto é, factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objecto de estudo” (Ponte, 1994).

O carácter exploratório do estudo pode-se entender no sentido em que visa mais chegar a hipóteses do que partir delas. Ou seja, os entrevistados são questionados, com o intuito de identificar áreas de pior e melhor qualidade organizacional e de procurar sugestões para a melhoria da qualidade organizacional no departamento com todos os seus intervenientes e respeitando os seus condicionalismos.

Optei, então, por estruturar o presente estudo em quatro capítulos e da seguinte forma:

No Capítulo I são apresentadas as referências teóricas que darão suporte ao estudo desenvolvido. São analisadas diversas perspectivas e concepções relacionadas com a qualidade; com o conceito de qualidade; qualidade dos serviços de saúde; qualidade organizacional; sistemas de gestão de organizações e serviços de saúde; caracterização do contexto do estudo.

A metodologia do estudo constitui o Capítulo II onde são abordados os seguintes temas: a problemática e pertinência do estudo, o paradigma do estudo, a unidade de análise, os objectivos e questões orientadoras da investigação, bem como todos os procedimentos realizados no decorrer do estudo.

O Capítulo III é integralmente constituído pela caracterização dos informantes-chave e pela análise dos seus testemunhos.

No Capítulo IV apresento as considerações finais e recomendações onde sistematizo os resultados da informação recolhida e apresento algumas sugestões, realçando uma sugestão de um plano de intervenção sócio-organizacional.

Capítulo I – Referências Teóricas

1. Qualidade

1.1 Evolução do Conceito de Qualidade

Nos primórdios da Humanidade, qualidade podia significar situações tão simples como habitação segura, abundância de alimentos, água potável, ou organização em grupos com intuits contra os encontros indesejados com os predadores (Sequeira, 2005). No entanto, o significado de qualidade e as diferentes formas de a atingir foram-se modificando ao longo do tempo com a evolução do conhecimento, das expectativas, percepções e exigências do Homem.

A civilização egípcia, localizada junto às margens do rio Nilo, tornou-se célebre pelas suas imponentes construções arquitectónicas de onde sobressaem as conhecidas pirâmides de Gizé. Esta civilização desenvolveu ainda uma próspera actividade agrícola, a caça, a pesca, a pastorícia e o comércio (Sequeira, 2005).

Na civilização grega (séc. VIII a. C.), as actividades desenvolvidas estavam relacionadas com a agricultura, a pecuária, a extracção mineira e o comércio marítimo. A civilização romana desenvolveu a agricultura, o comércio, a pecuária e o artesanato, mas a característica que melhor a define é a sua capacidade bélica. O povo chinês desenvolveu de tal modo a agricultura que conseguia garantir a subsistência de grandes massas humanas, e os artesãos tecelões atingiram um nível artístico muito elevado (Villalobos, 1998; cit. por Sequeira, 2005).

Com a primeira revolução industrial (séc. XVIII) a máquina a vapor é introduzida no meio laboral e a força muscular humana e animal é substituída pela força mecânica, surgindo a produção em grande escala e a difusão do uso das máquinas. Este avanço permitiu um rápido crescimento da indústria e levou a uma nova organização do trabalho.

Para responder às necessidades que foram surgindo com a revolução industrial, Taylor já no séc. XX, com a separação das tarefas de planeamento e controlo das tarefas de execução, obteve grandes resultados principalmente ao nível da produtividade (Pires, 2000). À gestão científica dos processos de trabalho, com recurso ao estudo de tempos e movimentos “como meio de analisar e padronizar as actividades de trabalho” (Morgan, 1996:32), numa lógica de “*one best way*”, devia associar-se o treino do trabalhador para fazer o seu trabalho de forma eficiente, assim como uma fiscalização atempada do seu

trabalho com o fim de garantir uma adequada execução do mesmo e a obtenção dos resultados previamente fixados. Deste modo, toda a responsabilidade da organização do trabalho era transferida para o gestor, restando para o operacional a tarefa de execução. *“Tudo aquilo que deve ser pensado é feito por gerentes e planeadores, deixando tudo aquilo que deve ser executado para os empregados”* (Morgan, 1996:33).

O baixo poder de compra e a enorme escassez de bens completavam o quadro em que a ênfase era colocada mais na quantidade do que na qualidade. O risco do trabalho mal feito foi particularmente evidenciado durante a I Guerra Mundial em que as falhas em serviços dos equipamentos militares foi atribuída ao facto dos produtos serem fornecidos fora das especificações. A solução pareceu ser a de criar a primeira e significativa actividade da função qualidade – os inspectores. Surge assim a era da inspecção. Aos inspectores cabia a responsabilidade de assegurar que os produtos estivessem de acordo com as especificações, não sendo ainda consideradas relevantes a investigação das causas e as acções correctivas (Pires, 2000).

No período entre as duas grandes guerras as aplicações estatísticas à qualidade revelaram-se como essenciais. É a era do controlo estatístico da qualidade (Garvin, 1993). A constatação fundamental de que qualquer processo produtivo induz variabilidade nas características da qualidade (Bank, 1992) e que estas seguem leis estatísticas conhecidas permitiu controlar os processos de produção recorrendo a técnicas estatísticas como o Controlo Estatístico do Processo e Controlo por Amostragem. Muito do conteúdo das actuais normas de controlo por amostragem foi desenvolvido naquela época e o uso generalizado das técnicas estatísticas tem sido um dos principais factores para o sucesso de qualquer programa de melhoria da qualidade (Pires, 2000).

A II Guerra Mundial veio evidenciar outro tipo de situações como a falta de controlo da concepção que conduzia a especificações incompletas, o uso de tecnologias e materiais não provados e os desvios à normalidade dos processos que levavam à obtenção de produtos com características muito próximas dos limites inferiores das especificações.

Nos anos sessenta, com o estabelecimento de grandes investimentos (nuclear, petroquímico, de defesa e de exploração do espaço), houve a necessidade de institucionalizar a garantia da qualidade por exigência dos grandes compradores sobre os seus fornecedores. Surge, assim, a era da garantia da qualidade.

Apesar do começo da garantia da qualidade estar ligado a áreas vitais, a sua extensão a outras indústrias de produção em série, destas aos seus fornecedores e das indústrias aos serviços privados e públicos tem vindo, progressivamente, a intensificar-se e a diversificar-se à medida que os processos se tornam mais complexos, os consumidores mais exigentes e a competitividade maior.

Na década de noventa, surge o modelo “*Service Profit Chain*” (desenvolvido por Heskett, Sasser e Schelessinger), que leva em conta a especificidade dos serviços. A sua ideia central é simples: a qualidade deve ser vista de forma dual, e neste contexto surgem os conceitos de qualidade externa e qualidade interna. Este modelo retoma a abordagem sistémica do conceito de organização, mas é formulado de forma independente (Nascimento, 2000).

A qualidade externa do serviço não é mais do que a incorporação da óptica do cliente na oferta de serviços e na gestão dos seus programas de qualidade; é a adopção da filosofia do *marketing*, que considera as necessidades dos clientes actuais e potenciais como o ponto fundamental de partida na oferta do serviço (Nascimento, 2000).

A qualidade interna remete para conceitos clássicos da gestão de recursos humanos. A incorporação das necessidades dos trabalhadores no modelo global de gestão é assumida como um objectivo fundamental e está profundamente ligado a questões de rentabilidade, quer pela via dos custos, quer pela via do mercado (Nascimento, 2000).

O seu conjunto representa o primeiro modelo integral e operacional que contempla a visão sistémica da organização, e onde são assumidas explicitamente relações cooperativas/conflituais entre provedores e recipientes de serviços (Nascimento, 2000).

Neste contexto, segundo Pires (2000) e Garvin (1993), o desenvolvimento da qualidade pode ser esquematicamente resumido na seguinte sequência:

1. inspecção – actividade de mediação, comparação e verificação;
2. controlo da qualidade – actividades que se centram na monitorização, nomeadamente na análise dos desvios e reposição dos parâmetros dos processos nas condições desejadas;
3. garantia da qualidade – actividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada;

4. gestão da qualidade – actividades coincidentes com as da garantia mas em que é enfatizada a integração na gestão global da organização;
5. qualidade total – cultura de empresa capaz de assegurar a satisfação dos clientes (Pires, 2000; Garvin, 1993).

Na era da globalização, da economia e da competitividade cada vez maior em todos os segmentos do mercado, as empresas que quiserem sobreviver com sucesso deverão adoptar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho (Mezomo, 2001).

A qualidade em saúde é um conceito que surge posteriormente, induzido pelos processos produtivos ligados à industrialização e à produção em massa que se iniciou com a revolução industrial, como já foi referido.

1.2 Conceito de Qualidade

A palavra qualidade deriva do étimo, *qualitate* (lat.), e designa cada uma das propriedades ou caracteres, naturais ou adquiridos, que caracterizam as pessoas e as coisas e pelas quais se distinguem das outras. Por outro lado, numa segunda acepção da palavra qualidade, esta é uma das categorias fundamentais que indicam a maneira de ser (*qualis est*) de um indivíduo como elemento diferenciador da sua essência, da sua quiddidade (*quid est*), isto é, o que uma coisa é em si (AAVV, 2000).

As preocupações com a qualidade desde sempre existiram, sendo mesmo considerada uma característica da natureza humana. Estas preocupações já eram sentidas, aquando da produção de ferramentas para a satisfação das necessidades individuais (Pires, 2000; cit. por Coutinho, 2003).

Para Taguchi (1986), a qualidade de um produto ou serviço corresponde ao mínimo de perda que o produto ou serviço confere à sociedade a partir do momento em que esse mesmo produto ou serviço é expedido ou prestado (Dale and Kooper, 1992).

Na perspectiva de Bank (1992), a qualidade é um princípio fundamental nas organizações que tem a força de uma ideia incomparável, havendo necessidade de a encarar como um princípio básico estratégico de gestão (Bank, 1992).

As discussões em torno da qualidade e como consegui-la adquiriram maior relevância nos últimos 100 anos, mercê da pressão exercida sobre outros ramos da actividade económica mundial para a necessidade da melhoria contínua da qualidade na obtenção de produtos e serviços como meio de atingir a satisfação do cliente. Tal foi o caso da indústria, área onde emergiram nomes como Deming, Juran e Crosby que se tornaram referências em todas as outras áreas de actividade, incluindo a da saúde, pela importância de que ainda hoje se revestem os modelos por eles criados e implementados para a melhoria contínua da qualidade e a gestão da qualidade total, com fortes reflexos em todas as áreas da actividade económica e social a nível mundial (Sequeira, 2005).

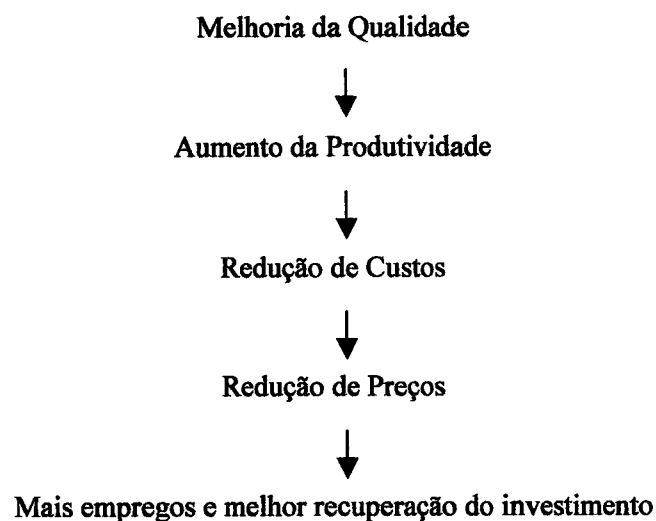
Deming (1986), mostra que o cliente é a parte mais importante do processo. “*A qualidade deverá ser atingida às necessidades presentes e futuras do consumidor*”. O mesmo autor realça que, a qualidade requer aperfeiçoamento contínuo em todas as partes e em todos os processos dentro da organização. Para além do mais, sustenta que não basta ter consumidores satisfeitos, é necessário *seduzi-los*. Se estes estiverem meramente satisfeitos, podem fazer os seus negócios em qualquer outro lugar. Contudo,

se estiverem *seduzidos*, não só permanecerão fiéis, como transmitirão a outros o valor dos serviços prestados por determinada organização.

Para Deming, a qualidade é a “*redução nas variações*” como fundamento para a contínua e permanente melhoria. Este autor não aceita a “*ausência de defeitos*” de Crosby, porque a considera um ideal inatingível. Para ele, qualidade só pode ser definida em termos de agente, sendo este o juiz da mesma (Mezomo, 2001).

O modelo de W. Edward Deming, que se designa com o nome do autor, Modelo de Deming, desafia a abordagem do modelo tradicional e propõe uma outra cujo ponto de partida são as necessidades e expectativas dos consumidores tendo em vista melhorar a qualidade. Este modelo apresenta-se da seguinte forma:

Figura 1 – Modelo de Deming (Adaptado de Al-Assaf, A.F., Schmele, J.A., 1993).



Deming, no seu trabalho sobre a gestão e qualidade definiu os seguintes pontos de abordagem à qualidade total (Neves, 2000; Pires, 2000):

1. Ser constante e resolutivo na melhoria dos produtos e serviços;
2. Adoptar a nova filosofia;
3. Não depender da inspecção em massa e exigir inclusão de provas estatísticas de qualidade nas funções de fabricação e aquisição;
4. Não decidir negócios apenas na base do preço;
5. Descobrir problemas;
6. Instituir métodos modernos de treino no trabalho;

7. Estabelecer novas formas de dirigir os trabalhadores na produção;
8. Afastar o medo, para que dentro da empresa todos sejam eficientes;
9. Quebrar as barreiras entre os departamentos;
10. Eliminar metas numéricas, Slogans, exortações e objectivos de produção para os trabalhadores, pois a maioria dos problemas de qualidade estão relacionados com os processos e sistemas criados por gestores e situam-se para além do poder dos empregados;
11. Eliminar padrões de trabalho que prescrevem quotas numéricas, tanto para os trabalhadores como para os gestores;
12. Abrir a avaliação de execução e a gestão por objectivos;
13. Instituir um vigoroso programa de educação e de formação em exercício;

Estruturar o nível superior da gestão, de modo a fornecer-lhe o poder necessário para conseguir levar a cabo os pontos anteriores.

Segundo Juran, qualidade é a “*adequação ao uso*” (de um produto ou serviço) e tem duas dimensões: a primeira será o perfil do produto ou serviço que deverá atender às necessidades do cliente e a segunda será a ausência de defeitos. Por outras palavras, qualidade é “*conformidade e satisfação*” do cliente (Mezomo, 2001).

Joseph Juran, foi um autor que, na década de 50, ficou bastante conhecido após a publicação do seu livro que fazia referência à qualidade (“*Quality Control Handbook*”). Este autor desenvolveu o seu conceito sobre a “Gestão para a qualidade total” enumerando os seguintes pontos (Neves, 2000):

1. Criar consciência da necessidade e oportunidade de modo a melhorar a qualidade;
2. Estabelecer metas para o aperfeiçoamento contínuo;
3. Construir uma organização cujo objectivo seja o de atingir metas, estabelecendo um conselho de qualidade, identificando problemas, seleccionando um projecto, indicando equipas e escolhendo auxiliares;
4. Possibilitar a formação continua em exercício;
5. Completar projectos para resolver problemas;
6. Dar informação sobre o projecto;
7. Mostrar reconhecimento;
8. Comunicar resultados;
9. Manter um registo dos êxitos;

10. Incorporar as melhorias anuais nos sistemas e processos regulares da empresa.

O mesmo autor é também referido pela “*triologia*” que definiu em torno dos processos básicos relacionados com a qualidade, controle de qualidade e melhoria da qualidade.

Triologia de Juran:

- Planeamento (actividade de desenvolvimento do produto e processo para atingir as necessidades do consumidor)
- Melhoria (aumento do nível das performances)
- Controlo (medida das actuais performances, comparação com outros e actuação em diferença)

Para Crosby, qualidade significa “*conformidade com os requisitos*” e não “*bondade*” ou “*elegância*”, sendo estes, conceitos subjectivos que confundem mais do que esclarecem. Crosby relaciona a qualidade a um standard, e um standard significa “*ausência de defeitos*” (Mezomo, 2001).

Philip B. Crosby, que define a qualidade como “a conformidade dos requisitos”, considera, num dos seus livros intitulado “*Let’s talk quality*” (1989) que, “*a melhoria da qualidade não se inicia para reduzir os custos, mas para satisfazer as necessidades dos clientes e melhorar a condição da companhia*” (Neves, 2000).

Crosby enumera seis factores como cruciais para a gestão da qualidade (citadas por Pires, 2000):

- Qualidade significa conformidade e não elegância;
- Não existem problemas da qualidade;
- Não existe uma economia de qualidade (nível económico da qualidade); os custos são sempre mais reduzidos quando não há necessidade de repetir;
- A única medida de desempenho é o custo de qualidade;
- O único padrão de desempenho é quando não existem defeitos;
- A qualidade não tem custos.

O conceito de qualidade foi inicialmente definido em relação às características físicas de um produto, depois à adequação desse produto à utilização pretendida pelo consumidor, posteriormente ao melhor custo e, por fim, à aptidão do produto ou serviço para satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas (Direcção Geral de Saúde, 1997).

Num contexto de produção ou de serviços, a qualidade pode definir-se como sendo a prioridade que o respectivo sistema garante aos produtos ou serviços que fornece/presta, como resposta efectiva às necessidades expressas do cliente/utente com um custo mínimo. Esta é a perspectiva orientada para o utente, imposta pelos mercados abertos e fortemente competitivos. É a concepção da qualidade própria da metodologia *Total Quality Management (TQM)*, que em português se designa por Gestão da Qualidade Total (Secretariado para a Modernização Administrativa – SMA, 1994, cit. por Freire, 2001).

A este respeito, Pires (2002) defende que *“a qualidade está a ganhar, definitivamente, o estatuto de disciplina do conhecimento técnico científico. É o domínio do trabalho. Não mais uma actividade de entusiastas. A garantia da qualidade tornou-se, hoje, uma tarefa complexa. Tanto mais complexa quanto os consumidores podem entender a qualidade de maneiras diferentes”* (Pires, 2002:19).

Para Ferreira (1991), quando há discordâncias estas reduzem-se normalmente à relevância dos tipos ou das dimensões da qualidade. Existe uma interacção completa entre definir qualidade, medi-la e estabelecer critérios para os determinados níveis de qualidade. No entanto, mais importante que definir qualidade é apresentar alguns conceitos que possam ajudar a defini-la no seu próprio ambiente e condições de trabalho. Assim, são apresentadas várias definições/dimensões de qualidade, segundo o mesmo autor:

Transcendente – característica inerente e imensurável da qualidade; reconhecemo-la quando a vemos;

Baseada no produto – variáveis mensuráveis e precisas que se identificam com a qualidade de um produto;

Baseada no utilizador – perspectiva idiossincrática e pessoal da qualidade e uma das mais subjectivas;

Baseada na construção – a qualidade é determinada pela procura de um produto; se as pessoas o querem é porque é bom;

Baseada no valor – envolve qualidade e preço. Pode usar qualquer uma das medidas acima descritas, mas compara-as com o custo do produto.

Não existe, nem poderá existir uma definição única para qualidade podendo encontrar-se na literatura várias definições. De facto, qualidade é um excelente exemplo de um conceito que necessita de clarificação. Sendo em si uma palavra neutra, pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes, mesmo na vida quotidiana.

O que para uns pode representar qualidade, para outros pode corresponder a uma situação inapropriada. No entanto, de um modo geral, “bom” tem uma conotação positiva, sendo que “boa qualidade” é, habitualmente, reconhecida por todos, embora a mesma possa diferir de indivíduo para indivíduo, dependendo do momento, lugar e situação.

“O conceito de qualidade significa assim uma maneira de encarar o trabalho que valoriza os produtos, os serviços e as pessoas. É um estado de espírito, uma maneira de pensar, de agir, de educar e de ver o papel decisivo do homem na interacção pessoal e com os objectivos. Admitindo que trabalhar é criar nas suas múltiplas formas, parece legítimo que a busca de soluções verdadeiras e funcionais passe por um esforço contínuo de fazer bem, de conseguir o melhor, de definir o que é bom e agir em conformidade. A qualidade não é, pois, um mero exercício de sobrevivência. É, sobretudo, um estado de espírito, a única forma aceitável de viver os negócios, uma verdadeira filosofia de gestão” (Sequeira 2005:41).

Definir qualidade, nos seus mais variados aspectos, não é uma tarefa fácil. Existem várias perspectivas sobre qualidade e sobretudo alguma dificuldade em transferir modelos normalmente aplicados em organizações que visam o lucro, para instituições públicas de carácter não lucrativo como a saúde.

1.3 Qualidade em Saúde

À medida que o conceito de qualidade foi evoluindo verificou-se que as instituições de saúde “fabricam” diariamente um produto muito difícil de concretizar.

Estas instituições não possuem um produto concreto e definido para colocar no mercado e não têm a possibilidade de “fabricar” a cada dia o seu serviço, com os mesmos níveis de qualidade do dia anterior.

O processo produtivo nem sempre tem um desenvolvimento visível e na maioria dos casos é o doente/utente quem define a qualidade do “produto fabricado”. Esta questão dificulta o conhecimento dos erros existentes no “processo de fabrico” e condiciona o controle sobre o resultado final que vai ser utilizado pelo doente/utente. Em muitos casos, e apesar da participação conjunta entre a instituição e o cliente no fabrico do serviço, é sobre a instituição que recai o peso da garantia do êxito. Na saúde, a gestão da qualidade total pode ser definida como sendo um processo de dirigir a organização através da participação e colaboração dos membros de todos os níveis e departamentos, de forma a melhorar a qualidade não só dos seus serviços mas também das suas actividades e dos seus produtos.

1.4 Evolução do Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde

Os primeiros estudos sobre a qualidade em saúde foram, muito provavelmente, levados a cabo pelos romanos que, ao que tudo indica, terão efectuado registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares. No entanto, os antecedentes documentados que se relacionam com o tema da qualidade dos cuidados de saúde remontam ao séc. XVIII, quando John Howard e Elisabeth Fry descreveram a qualidade em cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Em 1950, Florence Nightingale estudou as taxas de mortalidade dos hospitais militares durante a guerra da Crimeia e introduziu melhorias mediante a evolução das condições de higiene, diminuindo assim a taxa de mortalidade entre os soldados que recebiam cuidados diferenciados de enfermagem (Sale, 1998).

De acordo com o referido por Reis et al (1990), embora haja relatos históricos reveladores da existência de mecanismos de avaliação dos actos médicos e dos serviços de saúde desde o séc. XVI, o uso do controlo estatístico e da avaliação científica dos

cuidados médicos desenvolveu-se lentamente, uma vez que não era considerado um aspecto essencial para a prática da medicina (Reis et al, 1990; Caraça, 2002).

Surgem ainda outras referências em relação à qualidade na Saúde durante o séc. XVIII e no Séc. XIX, mas tem sido sobretudo durante as últimas décadas que o tema tem sido mais frequentemente abordado e desenvolvido.

Em 1910, sob os auspícios da Fundação “*Carnegie*” foi publicado o relatório “*Flexner*” que denunciou o estado lamentável dos hospitais americanos. Na sequência desse relatório foi elaborado um estudo sobre a eficiência desses mesmos hospitais onde é, pela primeira vez, proposto o uso de uma metodologia de avaliação do estado de saúde dos pacientes que permitia estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (Antunes, 1991).

Segundo Sale (1998), a maior parte da investigação sobre a qualidade de cuidados tem sido levada a cabo nos EUA e Canadá. Os primeiros estudos sobre qualidade dos cuidados de enfermagem nos EUA foram no início dos anos 50, mas a pesquisa em torno da avaliação da qualidade só começou alguns anos depois com o aparecimento de ferramentas e instrumentos de medida, desenvolvidos por enfermeiras e investigadores de outros campos profissionais.

Em 1951 é criada pelos EUA e Canadá uma Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais com o objectivo de estimular o desenvolvimento técnico-administrativo dos hospitais. A criação desta Comissão favoreceu o rápido desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios para o controlo da qualidade, sendo introduzido o termo “*garantia da qualidade*” na assistência médico-hospitalar já em 1980 (Caraça, 2002).

Ainda em 1958, nos EUA, as companhias de seguros procuraram encontrar uma norma que avaliasse a qualidade dos cuidados em função do pessoal. Para o efeito foi desenvolvido um método pela Dra. Faye Abdelhah, que associava o nível de recursos à medição da qualidade dos cuidados num grande hospital (Sale, 1998).

Nas décadas de 60 e 70 foram conduzidas investigações sobre a prática deficiente, especialmente em grandes instituições de doentes psiquiátricos. Outra forma de fazer auditoria da qualidade foi através de inspecções regulares efectuadas pelas instituições académicas ou de acreditação da formação: os National Boards para enfermeiros e os Royal Colleges para médicos pós-graduados. Ambos promovem as boas práticas e têm a possibilidade de retirar idoneidade para formação a organismos oficiais, se os mesmos se mostrarem insatisfatórios (Sale, 1998).

Nos finais da década de 80, com a necessidade de introduzir melhorias na qualidade dos serviços de saúde, a Holanda elaborou um documento intitulado “*Vontade Para a Mudança*” (1987), e em 1990, na Suécia, o Instituto Sueco do Planeamento e Racionalização dos Serviços Sociais e da Saúde elaborou o documento “*Garantia de Qualidade na Saúde*” (Mezomo, 1991).

Em 1974, o governo britânico foi obrigado a reorganizar o *National Health Service*, devido à crise económica e à falência do modelo político vigente do Estado Providência.

Mais recentemente, o *National Health Service* implementou um sistema informatizado de avaliação de desempenho designado por “*National Health Service Performance Assessment Framework*”, constituído por duas classes de indicadores de desempenho denominados “*High Level Performance*” e “*Clinical Indicators*”. Estes indicadores de desempenho, publicados pela primeira vez em 1999, fornecem informação útil acerca da qualidade, da eficiência e dos resultados dos serviços de saúde do “*National Health Service*” (Mckay, 2000).

Todas estas mudanças levaram a um aumento das prestações de contas relativamente à qualidade dos cuidados prestados (Sale, 1998).

A filosofia da melhoria contínua da qualidade, que já completou 50 anos de aplicação na área da indústria com grandes resultados, já sensibilizou os serviços de saúde de muitos países, que viram nela uma nova e oportuna saída para a crise e problemas crónicos que os afectam. Embora os serviços de saúde ainda não entendam bem como utilizar termos como “fornecedor”, “cliente” e “produto”, eles já se vêem como organizações que utilizam “recursos”, que executam “processos” e que objectivam “resultados”, necessitando, dos princípios de administração desta filosofia (Mezomo, 2001).

1.5 Conceito de Qualidade dos Serviços de Saúde

A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os que estão envolvidos nos cuidados de saúde, sendo considerada como um atributo especial.

Embora exista uma vasta bibliografia sobre as abordagens da definição de qualidade em serviços de saúde (Donabedian, 1980 cit. por Freire, 2001), ainda não se

conseguiu uma unanimidade entre os profissionais relativamente a uma definição apropriada e operacional.

Para Machado (1999, cit. por Freire 2001), *“a evolução da qualidade apresenta um fio condutor e uma característica comum, que tem a ver com a necessidade de controlar actividades complexas e com grande impacto económico. A saúde pública é um dos sectores com grande impacto sócio económico e político que tem merecido uma atenção crescente das entidades responsáveis”*.

Definir o conceito de qualidade na saúde tem sido algo complicado uma vez que todas as definições apresentadas parecem ter duas grandes componentes. A primeira está relacionada com a prestação de cuidados de grande qualidade técnica, em que se entende como qualidade o nível dos cuidados ou serviços de saúde prestados. A segunda componente está relacionada com a qualidade organizacional dos serviços de saúde e diz respeito ao desejo que todos os utentes têm em ser tratados de forma adequada e serem convidados a participar activamente na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e a forma como melhorá-lo (Brook et al, 2000).

O sistema de valores de cada indivíduo e a sua condição de saúde-doença irão influenciar a sua escolha sobre qual das componentes é mais importante em cada situação específica. Aquilo que pode e deve ser feito pelos profissionais de saúde é fornecer aos utentes informação suficiente para que eles façam escolhas informadas e consistentes com os seus valores (Brook et al, 2000).

Donadebian (1980) defende que para avaliar a qualidade dos serviços de saúde é necessário desvendar primeiro o mistério acerca do significado de qualidade. Para este autor a qualidade é uma propriedade que os serviços de saúde podem deter em variados graus, sendo a avaliação da qualidade neste contexto um julgamento sobre se uma dada instituição de serviços de saúde possui essa propriedade e até que ponto. Para ele o que não está clarificado é se a qualidade é um único atributo, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um composto heterogéneo para uso estabelecido, conveniência administrativa ou preferência pessoal. Havendo diferentes conceitos sobre o que constitui cuidados de saúde conduz a diferentes formulações acerca do que constitui qualidade. Em consequência disso, muitos dos julgamentos feitos não o são sobre a qualidade dos serviços de saúde mas indirectamente sobre as pessoas que prestam os serviços e sobre os sistemas nos quais esses serviços são prestados (Donadebian, 1980).

A OMS identifica como componentes de Cuidados de Saúde com Qualidade (Ministério da Saúde, *in O Hospital Português*, 1998):

- Elevado grau de excelência profissional
- Eficiência na utilização dos recursos
- Riscos mínimos para os doentes
- Satisfação para os utilizadores
- Obtenção de resultados de saúde, sendo que os resultados se referem à eficiência na utilização de recursos e/ou aos efeitos dos cuidados prestados no estado de saúde e bem estar dos utentes, e no seu grau de satisfação.

A qualidade em saúde é então uma entidade multidimensional e para a qual contribuem muitos factores. Algumas das suas características incluem ainda a possibilidade de ser medida por métodos quantitativos, apesar de alguns aspectos poderem ser medidos com objectividade como o tempo de espera para as consultas ou cirurgias. Porém, outros aspectos são de difícil quantificação como a qualidade da relação estabelecida com o utente. Estes e outros aspectos da qualidade dos serviços de saúde *“têm em comum um conceito multidimensional de qualidade, tornando inevitável a sua classificação conforme o número de perspectivas ou de ângulos de observação. Nenhum componente isoladamente é suficientemente amplo para abranger todos os aspectos da Qualidade”* (Pisco, 2001:4).

Assim, como já foi referido atrás, **a qualidade dos cuidados de saúde depende basicamente de dois factores: por um lado de uma boa prática clínica e por outro, do modo como são geridos, estão organizados e são prestados os serviços** (Reinhardt, 1998).

A qualidade dos serviços de saúde pode ainda ser compreendida através das diversas perspectivas dos seus intervenientes. De entre os vários intervenientes, a perspectiva do utente assume um papel fundamental, pois é este que recebe directamente a prestação dos serviços, podendo fazer uma avaliação, ainda que subjectiva, dos cuidados que recebeu, bem como do impacto desses cuidados (Ferreira et al, 2003; Pisco, 2001). Esta perspectiva enquadra-se no bem estar e satisfação dos utilizadores. Assume uma visão mais individual do que colectiva, dado que as necessidades de cada utente podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades

de outros utilizadores, podendo mesmo ir contra a perspectiva dos profissionais de saúde (Pisco, 2001).

Outra perspectiva é a da saúde pública que se baseia na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos se reflecte na “Saúde da Nação”. Assim, de acordo com esta visão, a qualidade deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que curar a doença (Pisco, 2001).

A perspectiva baseada nos recursos assenta na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados se refere ao máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos disponíveis. Aqui é valorizada a efectividade dos cuidados de saúde, a redução do desperdício e a promoção da prestação de cuidados de saúde, tendo em vista a avaliação do custo-benefício (Pisco, 2001).

A perspectiva transcendente relaciona qualidade com excelência absoluta. Mas como é impossível de quantificar, e porque os recursos em saúde são sempre escassos, torna-se impossível a sua aplicação na saúde.

A perspectiva dos profissionais valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos. Considera um resultado clínico de sucesso como a principal medida de qualidade. Tradicionalmente valoriza o papel central do médico, embora se tenha vindo a encaminhar para a promoção da perspectiva baseada no trabalho de equipa (Pisco, 2001).

A qualidade em saúde, assim com em outras áreas, parece depender do observador, significando várias coisas para vários observadores. Para os doentes significa universalidade, acessibilidade, equidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde. Para os prestadores representa capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos de excelência. Para os gestores significa eficiência, obtenção dos resultados desejados e rentabilização dos investimentos (Pisco, 2001).

1.6 Qualidade na Saúde em Portugal – o Trajecto Português

Desde o final dos anos 80 que se vem assistindo, em Portugal, a um significativo desenvolvimento na área da qualidade. A partir dessa altura assistiu-se de uma forma progressiva, a referências constantes à Qualidade dos Serviços de Saúde nas grandes opções dos planos e dos programas do Governo, no entanto, nem sempre passaram do

plano operacional, mas foram marcos importantes para concretizações posteriores (DGS, 1997, cit. por Freire, 2000), de que se destacam:

- em 1992, por despacho do Ministério da Saúde, foi aprovado o Programa Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, com o objectivo de promover a melhoria assistencial e humana das instituições e dos serviços do Serviço Nacional de Saúde. Na sequência é constituída a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.
- O normativo que obriga à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de Saúde (Biscaia, 2000).
- Investimento em formação na área da qualidade na saúde, desenvolvidos por diversas entidades.
- A Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade da DGS, com um papel de divulgação de conceitos, dinamizou diversos projectos de âmbito regional e nacional.
- A reforma de 1998 que cria um sub-sistema de qualidade próprio.
- Em 1999, a qualidade enquadrada na elaboração e definição de uma Estratégia de Saúde, a “Saúde, um Compromisso para o virar do Século 1998-2002” (Saúde um Compromisso) foi assumida como uma das suas orientações estratégicas essenciais.

Foram várias as medidas tomadas nesse sentido, das quais se destacam (Freire, 2000):

1. Definição e assunção de uma política da Qualidade na Saúde, como indissociável de uma Política de Saúde que se queira efectiva;
2. Concepção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde;
3. Criação do Instituto da Qualidade na Saúde e o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde;
4. Desenvolvimento de diversos projectos e programas de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal, tais como:
 - Na qualidade organizacional o projecto de monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, o MoniQuOr CS e o protocolo do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS) com o

King's Fund Health Quality System (KFHQ) para a área hospitalar;

- O Qualigest, modelo modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa de Qualidade (APQ) baseado no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management (EFQM)*;
- Necessidade de avaliar o grau de satisfação das expectativas dos cidadãos/utentes e dos profissionais, através da criação de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa de que se destaca o “Questionário EUROPEP” (satisfação com a medicina geral e familiar) e a Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde;
- Medição dos estádios de saúde;
- Elaboração de linhas de orientação clínica;
- Projectos de melhoria contínua, baseados na avaliação interpares;
- Desenvolvimento das metodologias de acreditação em saúde (ex. Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais);
- Projecto Manual da Qualidade;
- Projecto de Qualificação dos serviços de Aprovisionamento Hospitalar.

1.6.1 Algumas Estruturas Importantes no Desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal

Instituto da Qualidade na Saúde – IQS

O IQS foi criado em 27 de Abril de 1999 e está inserido como parte activa na estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos do SNS. É um serviço do Ministério da Saúde, com autonomia científica, técnica e administrativa, na dependência da Direcção Geral da Saúde (Pisco, 2000).

O Instituto da Qualidade na Saúde tem como finalidade desenvolver políticas, estratégias e procedimentos que apoiem os profissionais e as organizações de saúde na melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. São objectivos do IQS (SNS, 1998):

1. promover a investigação e desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
2. promover o desenvolvimento das metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, permitindo a acreditação;
3. promover o enquadramento da investigação e da educação contínua dos profissionais no desenvolvimento da qualidade através de:
 - uma abordagem multidisciplinar
 - baseada em evidência científica
 - avaliação e monitorização dos desempenhos
4. é também atribuição do IQS, a divulgação dos níveis de desenvolvimento da qualidade do sistema.

O IQS tem ainda como finalidade, promover a ligação entre organizações similares da Europa, EUA e Canadá, com o propósito de criar uma rede internacional de Institutos de Qualidade na Saúde, com a finalidade de desenvolver e trocar experiências, projectos de investigação, instrumentos e metodologias da qualidade.

Conselho Nacional da Qualidade na Saúde (SNS, 1998)

O CNQS tem como finalidade funcionar como órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, sendo responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade em Saúde.

É constituído por:

- IQS, INFARMED, Instituto do Sangue, INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge);
- Ordem dos Médicos, Farmacêuticos e Enfermeiros;
- Associações de Profissionais de Saúde (Médicos de Família, Saúde Pública, Médicos Hospitalares, Administradores Hospitalares);
- Administrações Regionais de Saúde;
- Associação Nacional de Municípios Portugueses;
- Especialistas (a título individual ou institucional) de reconhecida competência da área da qualidade.

Comissão Nacional de Acreditação (SNS, 1998)

A CNA tem como finalidade desenvolver o sistema de acreditação. Tem como atribuições:

- Ser o órgão responsável pela coordenação e gestão do programa de acreditação das unidades de saúde e da certificação dos sistemas de qualidade;
- Responsabilizar-se pela acreditação das unidades de saúde.

Agência de Avaliação de Tecnologias da Saúde (SNS, 1998)

A AATS, tem como finalidade objectivar o impacto clínico, social, ético e económico das tecnologias e procedimentos em saúde.

Os seus objectivos são:

- Contribuir para a elaboração de políticas de saúde e para a tomada de decisão relativas à introdução de novas tecnologias na prática clínica;
- Definir orientações para o uso adequado de técnicas e procedimentos já estabelecidos;
- Colaborar com instituições e organismos relacionados com avaliação de tecnologias da saúde, no âmbito nacional e internacional.

1.6.2 Alguns Procedimentos Importantes no Desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal

Carta da Qualidade (SNS, 1998):

Todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde deverão elaborar a sua “Carta da Qualidade” de acordo com três requisitos:

1. Política de Qualidade:

- Cuidados efectivos, eficientes e orientados para o cidadão;
- Cooperação e coordenação entre prestadores;
- Gestão adequada aos recursos;
- Comunicação efectiva;
- Tarefas e responsabilidades claramente definidas.

2. Sistema de melhoria da qualidade:

- Definição de indicadores, critérios e padrões de qualidade a atingir;

- Mecanismos de avaliação interna ou externa do grau de cumprimento desses padrões.

3. Relatório de actividades anual:

- Documento que demonstre a qualidade dos cuidados prestados, com especial relevância no envolvimento dos cidadãos, e frequência das avaliações de qualidade.

A definição destes requisitos feita desta forma alargada, decorre da identificação do que é comum a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, independentemente do tipo ou nível de cuidados, cabendo-lhes a adequação destes aspectos à sua realidade, bem como, a operacionalização dos respectivos critérios.

Processos de Garantia da Qualidade (SNS, 1998)

Deverão ser estabelecidos de forma sistemática aos diversos níveis, e com particular relevância, em todas as unidades de saúde, através de iniciativas essencialmente entre pares, de modo a permitir:

- Identificar e seleccionar áreas que necessitam de melhoria;
- Definir boas práticas e estabelecer padrões (guidelines, consensos, benchmarking);
- Recolha e tratamento de informação (Sistema de informação da Saúde);
- Comparar desempenhos com os padrões estabelecidos (determinar a variação e a avaliação inter pares cruzadas e externas);
- Melhorar a prática e introduzir mudanças.

Qualidade e Gestão – Qual e Gest (SNS, 1998)

Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade da gestão.

Linhas de Orientação Clínica (SNS, 1998)

Desenvolvimento de um conjunto de recomendações terapêuticas em problemas de saúde prioritários, como por exemplo a prevenção secundária do AVC.

Elaboração de um conjunto de orientações técnicas na área da prevenção e promoção da saúde, designadamente:

- Saúde da mulher e da criança;
- Rastreio das doenças oncológicas;
- Plano Nacional de Vacinação.

Elaboração de um conjunto vasto e variado de protocolos e linhas de orientação clínica elaborados a nível local, dos quais se destacam alguns exemplos:

- Abordagem e procedimentos em situações de urgência;
- Abordagem e procedimentos nos blocos operatórios;
- Protocolos de utilização citostáticos;
- Formulário de patologias em Medicina Geral e Familiar.

Programa de Melhoria da Acessibilidade (SNS, 1998)

Acessibilidade é a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde, no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos de saúde.

A melhoria desta dimensão da qualidade da saúde, necessita de instrumentos apropriados: um sistema de informação, um mecanismo de contratualização, uma coordenação local, condições de gestão e funcionamento e um enquadramento estratégico.

Desde 1996 está em curso um programa de melhoria de acesso, orientado para a recuperação das listas de espera, gerido pelas Administrações Regionais de Saúde, através das Agências de Contratualização.

Gestão da Doença de Evolução Prolongada (SNS, 1998)

Conferir um suporte organizacional a um conjunto de actividades normalmente isoladas, numa perspectiva integrada dos problemas de saúde, garantindo-lhes um âmbito nacional e continuidade, de que se destacam:

- Programa de melhoria da qualidade do Diagnóstico e Tratamento da Depressão;
- Plano de cuidados integrados aos diabéticos – DiabCare.

É uma oportunidade de garantir a participação de forma integrada dos doentes e profissionais.

Satisfação dos Utilizadores

Consiste na evolução das avaliações esporádicas do grau de satisfação das expectativas dos cidadãos, para uma avaliação sistemática em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Hospital – utilização de inquérito de avaliação da satisfação do utente com a qualidade hospitalar (IAQH), no internamento, urgência, consulta externa e hospital de dia.

Centro de Saúde – utilização de inquérito de avaliação da satisfação do utilizador em relação ao seu Médico de Família e ao Centro de Saúde, desenvolvido e validado a nível internacional pelo EUROPEP, no âmbito do BIOMED.

Licenciamento (SNS, 1998)

Elaboração de regras de licenciamento de unidades privadas de cuidados de saúde, nas áreas de patologia clínica, imagiologia, anatomia patológica, hemodiálise, com a participação das ordens dos Médicos e Farmacêuticos.

Definição do conjunto de critérios a respeitar para a instalação e funcionamento das unidades, bem como a nomenclatura dos diferentes actos médicos a contratualizar.

Elaboração de diversos Manuais de Boas Práticas, operacionalizados sob a forma de critérios, com a plena participação das Ordens ou Associações, através dos seus Colégios da Especialidade.

Programa de Acreditação (SNS, 1998)

Consiste na elaboração, definição e padronização de critérios e padrões de qualidade da estrutura organizativa das unidades de saúde e da sua prestação de cuidados, permitindo o reconhecimento formal do seu grau de cumprimento, como por exemplo:

- Comissão de controlo de infecção hospitalar
- Acreditação de Hospitais – *Kings Fund Organizational Audit*

Foi definido que a acreditação é válida pelo período de três anos da data da avaliação final, sendo exigida avaliação contínua para a sua manutenção.

Qualidade Organizacional – MoniQuOr CS (SNS, 1998)

Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde. Consiste num conjunto de 163 critérios, organizados em seis áreas – organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos, que permite a auto avaliação, avaliação interpares e avaliação externa.

Foram criadas estruturas de coordenação a nível distrital e nacional, formadas por representantes das comissões de avaliação dos Centros de Saúde, de modo a garantir aos diferentes níveis a sustentabilidade do projecto.

1.6.3 MoniQuOr CS

Este projecto, foi desenvolvido sob a orientação da Direcção Geral da Saúde/Sub-Direcção Geral para a Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Assume, no contexto da avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde, particular relevância, cuja acção se centra na qualidade organizacional, considerada uma das determinantes maior da qualidade dos cuidados de saúde. Utiliza uma metodologia assente num quadro temporal explicitamente definido, apoiada numa liderança efectiva e na participação de todos os profissionais dos Centros de Saúde. Assume-se como um processo de melhoria contínua do desempenho organizacional que privilegia a auto-avaliação voluntária (Rodrigues et al, 1998), que tem tido ampla aceitação e adesão dos Centros de Saúde (Sequeira, 2005).

O MoniQuOr CS foi elaborado em 1996/97, com a colaboração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da Administração Regional de Saúde do Norte, da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, do Colégio de Medicina Geral e Familiar, Ordem dos Médicos e da Direcção Geral de Saúde. É um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (Sequeira, 2005).

Como já foi referido, é constituído por 163 atributos que englobam as seguintes áreas de análise: organização e gestão, direitos do cidadão, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade e instalações e equipamentos. A avaliação do grau de cumprimento desses critérios

permite a monitorização dos diferentes níveis de desempenho dos Centros de Saúde participantes, facilitando a melhoria dos seus serviços (Rodrigues et al 1998, cit por Sequeira, 2005).

Assumindo como pressuposto que a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes depende por um lado de uma boa prática clínica e por outro do modo como estão organizados e são prestados os serviços de saúde, *“o MoniQuOr CS enquadra-se numa estratégia global de melhoria da organização e da prestação de serviços de saúde aos doentes, favorecendo por sua vez os profissionais de saúde em defesa da sua própria actuação e satisfação”* (Rodrigues et al, 1998:13 cit. por Sequeira, 2005).

Trata-se, pois, de um sistema de avaliação interpares do grau de cumprimento dos critérios de qualidade, quer através de auto-avaliações, quer de avaliações cruzadas (entre Centros de Saúde), sendo o seu objectivo desenvolver um modelo de avaliação do progresso do cumprimento dos critérios em direcção ao cumprimento integral desses critérios. A utilização periódica do MoniQuOr permite assim avaliar o impacte que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a consequente redução na variabilidade da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (Sequeira, 2005).

Este projecto teve a sua primeira apresentação pública em Coimbra, em Dezembro de 1997, a que se seguiu uma primeira auto-avaliação voluntária dos Centros de Saúde em 1998, uma segunda auto-avaliação em 1999, uma avaliação cruzada em 1999 e uma terceira auto-avaliação em 2000 (Rodrigues et al, 1998 cit. por Sequeira, 2005).

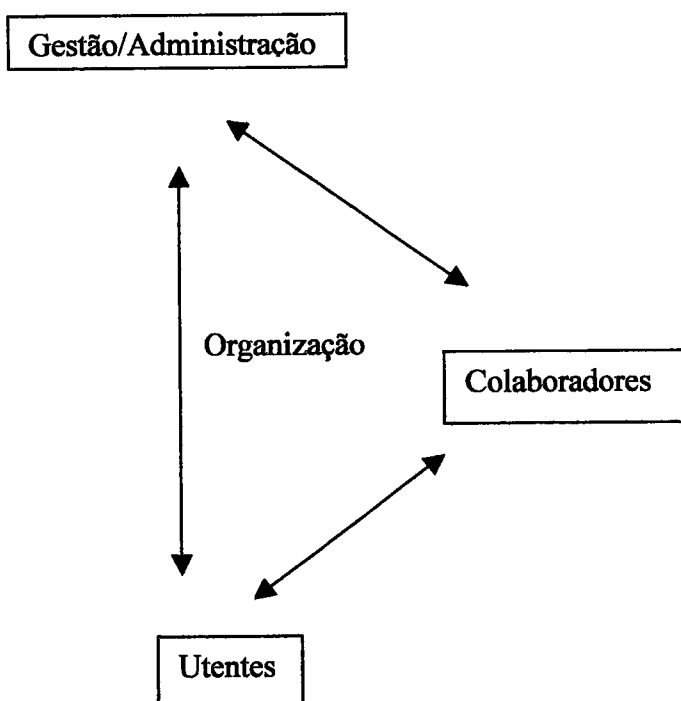
Relançado em 2004, após algum tempo de interregno, com a designação de “MoniQuOr 2004”, apresenta actualmente uma versão *on-line* do questionário para utilização dos Centros de Saúde. Para os seus criadores, *“o MoniQuOr deve contribuir para uma estratégia global da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos utilizadores dos Centros de Saúde, para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e para a melhoria da organização e gestão dos Centros de Saúde (...) permite uma comparação crítica entre aquilo que se faz e aquilo que são critérios de boa prática e de desempenho organizacional desejável, nacionalmente aceites, assim como permite identificar áreas difíceis e de maior fragilidade organizativa”* (Pisco 2004:4). A última auto-avaliação voluntária dos Centros de Saúde, utilizando o MoniQuOr, decorreu em 2004, tendo os resultados dessa avaliação sido publicados em

julho de 2005 pelo Instituto de Qualidade em Saúde, relativos aos 186 Centros de Saúde que aderiram ao projecto (IQS, 2005; cit. por Sequeira 2005).

1.7 A Importância da Qualidade nos Serviços de Saúde

Num certo sentido, vale a pena dar atenção à qualidade se houver preocupação por parte das pessoas relativamente à mesma. Nos serviços de saúde a qualidade revela-se fulcral a três níveis fundamentais:

Figura 2 – A importância da qualidade nos serviços de saúde (Adaptado de Martin, 2004).



1.7.1 Importância Para os Utentes

Os utentes dos serviços não só beneficiam directamente se os seus requisitos forem satisfeitos, como ainda indirectamente se se sentirem confiantes de que, numa próxima oportunidade em que o visitem, voltam a ser bem tratados.

Os utentes e os seus familiares estão muitas vezes preocupados, ansiosos, stressados, assustados e vulneráveis. Estes sentimentos são exacerbados pelos longos períodos de espera, pela informação insuficiente, pela insensibilidade face às suas necessidades e pela pobreza das instalações. Tudo o que possa ser feito para atenuar estes sentimentos e melhorar a qualidade das suas experiências será bem recebido. Quando se encontra em bom estado de saúde, pode enfrentar a longa fila de espera no supermercado, os chuveiros avariados no centro desportivo e a atitude condescendente do gerente do banco (tudo imagens de fraca qualidade noutras organizações de serviços). No entanto, quando precisa de tratamento ou de cuidados, não está tão tolerável ou preparado para enfrentar um mau serviço e o seu apreço pelos bons serviços que recebeu no passado é agora maior.

1.7.2 Importância Para os Colaboradores

Grande parte dos profissionais que trabalha em unidades de saúde tem um verdadeiro desejo e comprometimento em cuidar daqueles com necessidades, e sacrificam muitas vezes outras oportunidades onde poderiam ter melhores rendimentos e ter melhores horários de trabalho. Se um serviço não estiver adequadamente organizado, os profissionais de saúde sentem maiores dificuldades em prestar o nível de cuidados que gostaria, ficando frustrado e desmotivado.

Um programa bem concebido, tendo em vista a melhoria da qualidade, responsabilizando os profissionais de saúde no sentido de poderem decidir o que há para fazer e apoiando-os depois nos seus esforços de melhoria da qualidade, é uma vertente importante neste campo. Os benefícios traduzir-se-ão, provavelmente, em:

- maior satisfação profissional;
- menos frustração
- maior sentimento de valia individual à medida que a reputação de seu departamento aumenta na comunidade;
- melhor *feedback* dos utilizadores dos serviços.

1.7.3 Importância na Redução dos Custos

Não é difícil persuadir as pessoas que melhorar a qualidade dos serviços é positivo tanto para os utentes como para os colaboradores. Torna-se, no entanto, mais complicado defender que a melhoria da qualidade interessa também aos gestores das unidades, que são constantemente pressionados para reduzir custos e despesas.

A título de exemplo, considere-se o caso de uma empresa fabricante de fornos de micro-ondas que tem, em média, cinco por cento dos seus produtos com defeito de fábrica. Se a qualidade dos seus processos base não for melhorada, terá de empregar equipas de verificadores para recolherem os fornos com defeito. Terá depois que recuperar os artigos defeituosos, incorrendo ainda em custos adicionais. Pode acontecer a devolução do material por parte de clientes insatisfeitos, onde há custos de transporte, de reparação e de substituição. Mais importante ainda, talvez seja o facto da empresa adquirir uma fraca reputação no mercado e, no futuro, poucas pessoas adquirirem os seus produtos. Toda esta sequência constitui uma receita para a empresa desaparecer do mercado.

Tendo tudo isto em conta, o custo de reduzir a frequência deste tipo de problemas é reduzido. Além disso, se a qualidade tivesse sido logo implementada de início aquando da concepção da empresa, o custo extra de obter qualidade teria sido menor e a empresa teria tido uma vantagem competitiva tanto em termos de qualidade, como em termos de custo.

Os custos da fraca qualidade nas indústrias de serviços pode ser mais difícil de estimar, mas não deixam de se tornar evidentes.

O efeito de iceberg dos custos de fazer as coisas mal feitas mostra que acima da linha de água estão, obviamente, os custos dos defeitos – ter que voltar a fazer, voltar a verificar, lidar com dúvidas, atender a reclamações, prescindir de pagamentos. Abaixo da linha de água e a representar um problema ainda maior, estão ao negócios de repetição que se perdem, os clientes que se perdem, as horas extraordinárias do pessoal, o tempo que as máquinas têm que estar paradas para reparação, e a quebra na moral dos funcionários (Martin, 2004).

Pode-se adaptar este esquema para as unidades de saúde. No entanto aqui, com bons padrões de qualidade nem sempre se consegue poupar, mas com uma qualidade fraca têm-se sempre custos e com frequência desperdiça-se dinheiro. Obviamente, este

custos nunca poderão ser reduzidos a zero, mas a margem para grandes poupanças e aumentos na qualidade dos cuidados é considerável.

Por isso, uma definição da qualidade deve considerar a satisfação das pessoas integradas no nível central e de direcção dos serviços, das pessoas responsáveis pela gestão e prestação local dos serviços, bem como as aspirações dos consumidores, que devem ser vistos cada vez mais como clientes (Domingues, 2004).

Os responsáveis pelo sistema assentam a sua satisfação na rendibilidade dos serviços, na obtenção de taxas desejadas de atendimento e produtividade. Os funcionários recolhem a sua satisfação da avaliação positiva do seu desempenho, por parte dos chefes e dos consumidores, da aproximação das práticas dos consumidores ao perfil ideal de utente, dos vencimentos auferidos, das condições materiais de trabalho, do prestígio social atribuído à profissão. Os consumidores criam a sua satisfação a partir do atendimento eficiente, da resolução de problemas no tempo previsto ou anunciado, da atenção que merecem aos funcionários, das condições materiais dos serviços (Domingues, 2004).

Quadro 1 – Exemplo de problemas com a qualidade nos serviços de saúde.

Descrição	Implicações para os utentes	Implicações para os profissionais de saúde	Implicações em termos de custos
Registos de saúde em falta ou desactualizados	Frustração de ter que repetir a história; Disponibilização de tratamento errado	Refazer a história do doente; Inquéritos internos	Tempo extra na pesquisa ou para refazer a história; Consultas extra; Tratamentos mais caros ou remediadores complexos
Parque de estacionamento insuficiente	Doentes atrasados para as consultas	Pessoal atrasado para as consultas; Moral baixa	Pessoal ou doentes à espera; Equipamentos caros a não serem utilizados na sua máxima capacidade; Novas marcações
Alta do doente adiada porque os medicamento para tomar em casa não estão disponíveis	Estadia mais prolongada (internamento)	Trabalho desnecessário para todos os profissionais	Custos de alojamento mais elevados; Reduzida rotação de doentes.
Pessoal de serviço geral não disponível para transportar doentes entre serviços	Atrasos nas intervenções; estado geral dos doentes a agravar-se; doentes retidos mais tempo	Atrasos nas interveções; tensão entre grupos de colaboradores	Colaboradores e equipamentos caros sub-utilizados; tratamentos mais caros por terem piorado as condições dos doentes; mais custos de alojamento
Elevado tempo de espera nas consultas	Stress e frustração; Parque de estacionamento cheio	Ambulâncias paradas; colaboradores na defensiva	Tempo extra dispendido pelos colaboradores para se acalmarem e justificarem; necessidade de salas de espera e estacionamento maiores.

Fonte: Martin (2004: 181)

A qualidade não consiste, portanto, só em fazer melhor as coisas para os utentes, mas também em eliminar custos desnecessários.

1.8 Organização e Prestação de Cuidados de Saúde

A situação actual da prestação de serviços de saúde caracteriza-se por uma escassa qualidade expressa na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores e por um insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica, apesar de ser hoje reconhecida a necessidade da existência de um conjunto de suportes que fornecem bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica e de estar demonstrada a sua efectividade nas integração das actividades das diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, por forma a reduzir a variabilidade não desejada e reforçar a adopção de boas práticas (Sequeira, 2005).

A falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, válidos e fiáveis, que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde e o défice organizacional dos serviços de saúde, patente no grande desequilíbrio existente entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de liderança em que estes trabalham, denunciam de igual modo a ausência de uma cultura da qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

É neste contexto que os desafios para melhorar a qualidade dos serviços de saúde passam também por uma melhor organização da prestação dos cuidados de saúde.

1.9 Acções para a mudança

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde é um percurso de complicada concretização uma vez que implica mudanças a nível individual, a nível de grupo ou equipa, a nível organizacional e a nível político.

A nível individual há necessidade de mudar a forma de pensar e agir que conduza à alteração de comportamentos, hábitos e práticas estabelecidas e também porque a mudança requer tempo e persistência e uma adequada combinação de autoridade e participação, de segurança e flexibilidade, de aproveitamento de forças internas e externas, de actuação sobre factores estruturais e comportamentais, e porque o conceito de qualidade se aplica, de forma transversal, a todos os procedimentos desde o

atendimento até à qualidade da prestação dos cuidados, passando pela qualidade dos equipamentos e sua performance (Reinhardt, 1998; Neves, 2002; Pereira, 2003).

Muitos dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde têm sido centrados a nível individual com o intuito de fornecer formação aos profissionais de saúde. Subjacente a estes esforços está a assunção de que os problemas da qualidade são primeiramente devidos à falta de conhecimento e especialização.

Os esforços de mudança dirigidos ao nível do grupo ou da equipa enfatizam a necessidade de levar os profissionais de saúde a cooperar e a trabalhar juntos, com maior eficácia e eficiência, com o objectivo de promover a qualidade.

Ao nível da mudança organizacional, está a ideia de que o problema está na estrutura, logo, é necessário adequar a estrutura para melhorar a qualidade da prestação de cuidados. Os exemplos incluem os esforços na reengenharia e no redesenho e esforços para a acreditação das organizações (Shortell, 2004).

Por fim, as mudanças podem ser centradas nas actividades da economia política dentro da qual os sistemas de saúde estão inseridos. Segundo esta abordagem é necessário criar o conjunto certo de incentivos e as estruturas legais às quais as organizações e os profissionais de saúde sejam capazes de responder de forma adequada e, conseqüentemente, aumentar a qualidade dos serviços prestados (Shortell, 2004).

Considerando cada nível e cada abordagem para a mudança de forma isolada é pouco provável o sucesso duma possível intervenção. Assim, o ponto principal é tornar clara a interdependência entre os diferentes níveis e a necessidade de alinhar a mudança nos quatro níveis descritos para aumentar a probabilidade de significativas melhorias na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde (Shortell, 2004).

A fixação de objectivos de qualidade, quer ao nível da acção externa (orientações políticas, evolução das necessidades do sistema, evolução das necessidades e das expectativas dos destinatários da acção), quer ao nível interno (sistema directivo, sistema de gestão de recursos e sistema de produção), porque estes condicionam os primeiros e porque o bem-estar das pessoas que trabalham na organização não pode deixar de ser um seu objectivo social, deve assim estar presente no planeamento da acção das organizações de saúde (Neves, 2002).

Neves defende que *“a qualidade tem de passar a ser preocupação inserida no processo de gestão, quando se identificam desafios, se diagnosticam problemas, se fixam objectivos, se mobiliza para a acção, desenvolvendo projectos de melhoria. As estruturas de gestão e os métodos de participação devem inserir-se no modelo global de*

funcionamento desejável. Os cidadãos exigem serviços acessíveis, justos e equitativos, com qualidade, uma administração eficaz na resolução de problemas e eficiente no uso de recursos públicos. Este ponto de partida e de chegada não pode ser esquecido pelo caminho” (Neves, 2002:163).

Com excepção dos desafios relativos ao custo e ao financiamento, os cidadãos estão cada vez mais cientes de que as oportunidades se multiplicam para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Os formuladores de políticas têm que enfrentar um importante e crescente desafio para tornarem os sistemas de saúde mais receptivos aos utentes que atendem, para melhorar a qualidade dos cuidados e para abordar as disparidades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde (OCDE, 2004).

1.10 Sistema de Gestão da Qualidade

Um sistema de qualidade pode definir-se como sendo o conjunto das medidas organizacionais que conseguem transmitir, com a máxima confiança, que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado a custo mínimo. Segundo Pires (2000) o conceito de sistema reside no facto de orientar o pensamento e a acção no sentido de alcançar um determinado objectivo de forma óptima e eficaz.

Citando o mesmo autor, os objectivos de um sistema de gestão da qualidade são:

Fornecer uma abordagem sistemática de todas as actividades que possam afectar a qualidade desde a concepção ao fabrico, desde o estudo de mercado à assistência pós-venda;

Privilegiar as actividades de prevenção em vez de confiar apenas na inspecção;

Fornecer uma evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada.

O conceito de sistema aponta para uma solução óptima, pois para além de reconhecido, o problema é analisado tendo por base uma abordagem sistemática de modo a determinar o processo e a causa do problema (Pires, 2000).

O documento fundamental do sistema de qualidade é o Manual da Qualidade. Este documento contém não só a definição de política, autoridade e responsabilidade, mas também os procedimentos do sistema (Pires, 2000).

Pires (2000) refere ainda que os objectivos da qualidade, para além de orientarem e motivarem todas as pessoas para sua obtenção, requerem que sejam

considerados todos os aspectos, desde os humanos e organizacionais aos técnicos. O sistema de qualidade é também dinâmico e adapta-se às alterações do meio que o envolve (mercado, cliente, fornecedores e tecnologia, entre outros).

As Normas de Garantia da Qualidade podem ser divididas em dois grupos:

- As destinadas à utilização como documentos contratuais, tais como NP EN ISO 9001/9002/9003;
- As que estabelecem orientações para o desenvolvimento de sistemas de qualidade, tais como, NP EN ISO 9004-1/9004-2.

As normas portuguesas são idênticas às normas da ISO, garantindo-lhes uma utilização potencial mais alargada, nomeadamente nos serviços de saúde.

Um dos organismos internacionais de certificação é a Sociedade Geral de Superintendência – *Internacional Certification Services* (SGS-ICS). Esta organização encontra-se activamente envolvida em organizações reconhecidas internacionalmente, é membro da EFQM (European Foundation for Quality Management); é membro fundador na IIOC (Independent International Organization for Certification); e é membro fundador na IAF (International Accreditation Fórum) (Coutinho, 2003).

A SGS ICS está acreditada em vários domínios, de entre os quais a Qualidade, e encontra-se em 140 países, sendo as suas marcas de certificação reconhecidas em Portugal e em todo o mundo. Em Portugal esta organização pertence ao Sistema Português da Qualidade, tendo sido a primeira entidade acreditada como organismo de certificação de sistemas de qualidade.

Todas as empresas, em alguma fase da sua existência, enfrentam pressões externas resultantes das exigências dos clientes e das suas expectativas, da concorrência, das normas e das exigências regulamentares, assim como a necessidade de aumentar a sua competitividade.

A certificação nos vários domínios – Qualidade, Ambiente, Segurança, Produtos e Serviços não é solução mas contribui para:

- Evidenciar a competência e capacidade;
- Reduzir os custos e desperdícios;
- Optimizar os recursos;
- Reduzir os riscos;
- Envolver e incentivar a participação de pessoas;
- Garantir o cumprimento de requisitos legais e estatutários;

- Reduzir a auditoria por outras entidades;
- Melhorar a imagem na comunidade;
- Responder a pressões de clientes e accionistas;
- Melhorar o seu posicionamento no mercado.

A certificação SGS ICS processa-se da seguinte forma (Coutinho, 2003):

Em primeiro lugar a empresa preenche um questionário Q.01 referente à certificação que pretende, acompanhado sempre que possível pela documentação da empresa. Após a recepção deste questionário, a SGS ICS elabora uma proposta com o valor da certificação, discriminando os custos da instrução do processo, da auditoria de concessão e dos custos das auditorias de acompanhamento. Os requisitos mínimos para aceder à certificação da qualidade são: existência de um sistema de qualidade formalmente documentado e implementado, e os registos suficientes que proporcionem evidências objectivas das actividades previstas na norma aplicável; existência da revisão do sistema pela Direcção com periodicidade mínima anual e indicadores de qualidade; cumprimento dos requisitos legais relacionados com o produto/processo. A empresa é avaliada de duas formas, através do estudo da documentação e através da auditoria em “campo”. No seguimento da análise do processo relatório da auditoria e respostas aos pedidos de acção correctiva (PAC's) e respectiva aceitação a SGS ICS faz a recomendação do registo de certificação da empresa em questão. Se a empresa está em condições de ser certificada é emitido o certificado da SGS ICS. A empresa é auditada com periodicidade máxima anual (podendo ser semestral). Cabe à empresa evidenciar que mantém o seu sistema de qualidade e os mecanismos necessários à melhoria contínua garantindo a realização de auditorias internas e revisão do sistema de qualidade com uma periodicidade máxima anual.

A principal característica desta organização, e que faz com que a mesma seja líder mundial em serviços de verificação, é o seu código de ética. Nada se sobrepõe à integridade. Em todas as actividades da SGS é necessário ser honesto e transparente, evitar conflitos de interesses. Observar todas as leis e regulamentos aplicáveis e prosseguir uma cultura que reconhece e dá valor à conduta ética.

1.11 International Standardization Organization (ISO)

A International Standardization Organization (ISO) é uma federação mundial das Organizações Nacionais de Normalização e é composta por vários comités técnicos, responsáveis pela preparação das normas internacionais. A norma internacional ISO 9001 foi preparada pelo Comité Técnico ISO/TC 176 (Gestão da Qualidade e Garantia da Qualidade), sub-comité SC2 (Sistemas da Qualidade). (IPQ, 2000 a); IPQ, 2000 b)).

Para um serviço de saúde obter uma certificação do Sistema de Gestão de Qualidade, as normas mais utilizadas são as ISO 9000, sendo estas normas consideradas uma ferramenta importantíssima de gestão de qualidade. Os requisitos de uma norma de referência são os mesmos para qualquer serviço de saúde. Pode variar a sua aplicabilidade, consoante se trate de um hospital inteiro, de uma unidade de cuidados intensivos, de um centro de saúde ou uma clínica privada.

Segundo Christo (2000) as normas dos sistemas de gestão de qualidade ajudam a organização a disciplinar os seus processos e metodologias de trabalho nas áreas chave, reduzindo falhas internas e a ter uma antevisão dos problemas que possam surgir quando prestados os serviços ou quando é utilizado um produto ou equipamento.

O mesmo autor cita também algumas das vantagens que todas as organizações, em particular os serviços de saúde, têm ao funcionarem com um sistema formal de qualidade:

- Melhor sistematização interna;
- Maior disciplina de processos;
- Maior confiança para os clientes, para a gestão, para os colaboradores e para as entidades pagadoras;
- Maior transparência nas decisões;
- Menores variações na prestação de serviços;
- Menores custos de folhas e reclamações;
- Melhor diálogo com clientes e fornecedores;
- Melhor manutenção e segurança de equipamentos e instalações;
- Maior credibilidade externa.

Mas o sistema formal de qualidade não traz apenas vantagens, também há que ter em conta algumas desvantagens, quando as normas não são bem utilizadas, assim é necessário:

- Considerá-las um fim em si e não um meio de obter a satisfação dos clientes;
- Provocar uma excessiva burocratização por exagero de detalhe;
- Criar um sistema desnecessário rígido, quando não se introduz no próprio sistema a flexibilidade que um sistema exige.

Torna-se necessário que os procedimentos organizacionais inerentes à gestão da qualidade sejam convenientemente estabelecidos, documentadas, compreendidas e mantidas em toda a organização.

Tal como refere Christo (2000), o facto dos sistemas de saúde estarem em constante mutação e serem imprevisíveis não permitem a utilização dos modelos de gestão da qualidade ISO 9000. Uma solução proposta pela autora é *“normalizar o que é repetitivo, rotineiro e comum; de disciplinar processos e definir procedimentos padrão”* (Christo, 2000). Desta forma há a garantia de que os colaboradores têm padrões iguais de qualidade em situações imprevistas.

É de notar uma harmonização das práticas organizativas que advêm do facto dos requisitos das normas ISO 9000 terem sido testados e verificados na prática. Para além disso, a sua actualização é assegurada através de um processo de revisão periódica, sendo a mais recente a chamada versão 2000. (Christo, 2000).

Nos serviços de saúde em Portugal a qualidade ainda depende muito da boa vontade e capacidade individual dos prestadores dos cuidados, não existindo uma harmonização das práticas organizacionais. A questão da qualidade é hoje uma necessidade sentida pelos utentes e prestadores de cuidados.

Nos fisioterapeutas, profissão onde a optimização da qualidade de vida dos seres humanos e a sua funcionalidade e integração social é essencial, existe implementação de sistemas da qualidade em Portugal.

1.12 Qualidade em Fisioterapia

É da responsabilidade das associações profissionais de determinada área de saúde a criação de sistemas de qualidade e estabelecer padrões que visem definir objectivos para cada um dos domínios específicos da respectiva área da saúde.

Os profissionais de saúde que cumprem os padrões pré-definidos são aqueles que contribuem para o desenvolvimento positivo dos cuidados de saúde e a consequente melhoria da respectiva qualidade, incluindo os fisioterapeutas (Coutinho, 2003).

Para o pleno sucesso de um fisioterapeuta é necessário que este estabeleça uma parceria com o paciente, que envolva o mútuo respeito pelas capacidades de ambos, bem como a valorização do papel de todos os intervenientes no processo do tratamento.

Muitas vezes o trabalho do fisioterapeuta requer a intervenção de outros profissionais de saúde, actuação multiprofissional. Para alcançar a máxima qualidade possível é necessário que as relações que se estabelecem entre os profissionais envolvidos seja uma relação igualitária, implicando respeito mútuo de todas as partes.

Os padrões de qualidade têm por objectivo melhorar os cuidados de saúde através da reflexão sobre o exercício profissional. Quando se estabelecem padrões de qualidade é necessário identificar e alterar os métodos e técnicas que não são eficazes e que consequentemente não cumprem com objectivos de determinado grupo profissional. Importa lembrar que todos os serviços de saúde existem devido à existência de seres humanos com todas as suas significações, crenças e valores, sendo esta a base em que deve assentar a relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Os padrões de qualidade têm como função definir deveres específicos e implícitos a cada profissão. Perante tais padrões, a profissão vai-se organizando e cabe a todos os profissionais que a exercem, aceitar e regular o cumprimento das normas de conduta preestabelecidas.

A forma mais simplificada de estabelecer os padrões de prática de uma determinada profissão é criar associações com competência para essa tarefa. Na Fisioterapia, são de destacar associações tais como a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT), a nível mundial, e a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), a nível nacional. Estas associações têm como função, segundo a APF (2002) “*melhorar a qualidade dos cuidados globais de saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia*”.

Estes padrões são essenciais na implementação de qualidade nos serviços de fisioterapia, pois orientam a conduta dos fisioterapeutas, tanto no exercício como na avaliação do mesmo, apelam para a reflexão acerca dos valores e objectivos necessários ao desenvolvimento da profissão e dos técnicos e servem como meio de comunicação entre fisioterapeutas, com outros profissionais, entidades empregadoras e com o público em geral (Coutinho, 2003).

A APF elaborou um documento que reúne os Padrões de Prática dos Fisioterapeutas, tendo por base os princípios éticos estabelecidos pela WCPT. As funções destes padrões são:

- Promover a qualidade dos serviços prestados, bem como a sua autoregulação;
- Orientar os profissionais de fisioterapia na conduta e avaliação da sua forma de exercer;
- Informar sobre a natureza profissional dos fisioterapeutas aos órgãos de soberania e outros grupos profissionais;
- Promover a reflexão sobre valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento da profissão;
- Acompanhar a mudança da comunidade que usufrui dos cuidados dos fisioterapeutas;
- Promover a comunicação entre todos os profissionais de saúde, órgãos de soberania e público em geral;
- Entre outros.

Estes padrões de prática, devem ser utilizados pelos *“Fisioterapeutas, docentes e monitores de estágio de cursos de fisioterapia na orientação dos alunos, utentes, cidadãos, gestores e outras entidades que tenham interesse em fornecer ou receber serviços de fisioterapia com elevada qualidade”* (APF, 2000).

Todos os padrões estabelecidos no documento elaborado pela APF, são considerados alcançáveis desde que o profissional esteja disponível para as cumprir melhorando a qualidade da sua intervenção.

1.13 *Benchmarking* na Saúde

Um dos instrumentos mais utilizados para aferir a eficiência das organizações é o *benchmarking*, que deve constituir uma base sobre a qual se desencadeiam os processos de ajustamentos das organizações (empresariais e institucionais) às novas realidades, comparando as competências e processos, designadamente com as organizações de excelência, com o fim de identificar as melhores práticas para depois as ensaiar, adaptar e implementar (Sousa, 2001).

“A resolução de problemas por meio da adaptação de processos e sistemas que provaram ser os melhores noutras organizações congéneres, que conduzam a uma maior eficiência das equipas de trabalho e as incitem a basearem a sua análise em dados empíricos, elemento essencial ao desenvolvimento organizacional e à manutenção de elevados níveis de qualidade constitui a essência do benchmarking” (Sequeira, 2005:99).

O *benchmarking* tem sido considerado como uma das maiores revoluções de gestão dos últimos anos. Tem como alvo directo o conteúdo do trabalho numa organização que conduza a uma reorientação da cultura organizacional no sentido da aprendizagem, aperfeiçoamento de aptidões e eficiência que, por sua vez, conduzam a um processo de desenvolvimento de excelência (Sequeira, 2005).

Assim, na essência do *benchmarking* estão os conceitos de partilha e aprendizagem. Na área da saúde, o uso do *benchmarking* tem sido um dos processos mais utilizados para copiar as boas práticas ao nível dos procedimentos clínicos, embora nunca lhe tenha sido atribuído esse significado. Os congressos, simpósios, jornadas e outros eventos similares, não são mais do que formas de aplicar *benchmarking*, orientadas para a transferibilidade de práticas de sucesso nas áreas médicas e terapêuticas. *“Aprender com as boas práticas de outras organizações tem sido uma das formas de desenvolvimento das organizações de saúde nas áreas clínicas”* (Sequeira, 2005).

Nesta perspectiva, o *benchmarking* na saúde tem de se expandir para as áreas de organização e gestão para que as organizações aumentem a sua eficácia, eficiência e produtividade. As organizações de saúde têm de estar em constante actualização, aprendendo com os outros, independentemente do seu ramo de actividade. Uma vez que as necessidades e expectativas dos utilizadores estão em constante mutação, as

organizações de saúde têm de adoptar formas de organização e gestão dinâmicas, permanentemente ajustáveis a essas necessidades e expectativas. O *benchmarking* é uma importante ferramenta na adaptação a essas mudanças (Sequeira, 2005).

A sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de aperfeiçoamento contínuo em todas as áreas organizacionais e de gestão são elementos essenciais para levar por diante a comparação dos processos utilizados com os melhores métodos, permitindo obter uma melhor percepção de quais os pontos fortes e fracos da organização. Nesta perspectiva, “*fazer benchmarking é uma necessidade para as organizações de saúde que estão a estruturar ou reestruturar os seus processos e sistemas organizacionais e de gestão*” (Sequeira, 2005:99).

1.14 *Benchmarking* e Fisioterapia

A *European Physiotherapy Benchmark Statement* (Declaração Europeia de *Benchmark* em Fisioterapia) descreve a natureza e os standards de programas do estudo em fisioterapia que levam à qualificação académica por parte das instituições superiores de educação da Europa e da União Europeia em relação à fisioterapia. Foi originalmente desenvolvida pela *Quality Assurance Agency* (QAA) em colaboração com outros profissionais de saúde do Reino Unido, e foi usado pela Região Europeia da WCPT e pelo grupo de trabalho em Matérias Educativas para desenvolver a *European Physiotherapy Benchmark Statement*. As associações profissionais de fisioterapia contribuíram também para este documento durante o *Workshop* sobre Educação realizado em Chipre, em 2001. O documento final foi aprovado em Assembleia Geral Extraordinária da Região Europeia da WCPT realizada, em Barcelona, em 2003. A declaração de *benchmark* descreve as declarações específicas para a fisioterapia e ilustra o contexto actual para a educação e ensino dos profissionais de saúde, representando as expectativas gerais acerca dos *standards* para a qualificação para um determinado nível e articular atributos e capacidades naqueles que demonstrarem essas qualificações. Estas declarações assumem-se, assim, como uma importante fonte externa de referência na criação e desenvolvimento de novos programas de ensino em fisioterapia. O *European Physiotherapy Benchmark Statement* providencia também suporte na procura da garantia interna da qualidade. O conteúdo deste documento poderá ser utilizado por

organizações nacionais, governos, autoridades na saúde e educação, professores de fisioterapia ou outros elementos ou entidades com interesse na educação, no planeamento e desenvolvimento curricular, ou na garantia interna ou externa da qualidade dos *standards*. A declaração de *benchmark* em fisioterapia permite igualmente ser uma fonte de informação para os fisioterapeutas, gestores, ou outros prestadores de cuidados ou serviços de saúde, em relação ao nível de atributos e capacidades esperados nos profissionais que iniciam a sua actividade profissional. Este documento é apresentado segundo quatro secções: natureza e dimensão da fisioterapia; ensino aprendizagem e avaliação; *standards* académicos e de prática; e base comum entre a fisioterapia e outros profissionais de saúde.

1.15 Padrões de Prática em Fisioterapia

A garantia de qualidade é hoje em dia uma função colectiva das organizações de saúde. Envolve o estabelecimento de padrões de qualidade para cada aspecto da prestação de serviços, bem como a sua monitorização contínua para assegurar a melhoria da sua eficácia. A auto-regulação é uma prática comum nas profissões de saúde, cuja responsabilidade reside em mecanismos de natureza central das diferentes profissões, suportada por princípios éticos e responsabilidades dos profissionais.

Esta regulação interna traduz-se por parte dos profissionais, na aceitação da sua responsabilidade de trabalhar de uma forma que seja consistente com os valores e objectivos estratégicos da organização onde se inserem e incluindo a responsabilidade de manter uma boa prática, atingindo padrões elevados de desempenho (Guerra, 2003).

A fisioterapia é uma profissão em desenvolvimento, cuja actuação se situa num ambiente em constante mudança e evolução. Enquanto classe profissional, a Fisioterapia tem tido um trabalho pioneiro na elaboração de padrões de prática e orientações clínicas, para uma vasta gama de áreas de especialidade. Estes padrões, fazendo referência directa à evidência a diferentes níveis, estão firmemente ligados à prática e aos conteúdos programáticos da formação básica. Tornam-se também necessários no sentido de assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação, podendo assim orientar os fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas. Os fisioterapeutas que se regem pelos padrões de prática contribuem para o

desenvolvimento positivo dos cuidados de saúde e consequente melhoria da sua qualidade.

É da responsabilidade das associações profissionais de determinada área da saúde a criação de sistemas de qualidade e estabelecer padrões que visem definir objectivos para cada um dos domínios específicos da respectiva área da saúde (Coutinho, 2003).

Em Portugal é a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), a responsável pela edição de “Fisioterapia – Padrões de Prática”, documento este, aprovado em Assembleia Geral a 22 de Março de 2002. Adaptado do documento da região europeia da World Confederation for Physical Therapy (WCPT), “European Core Standards of Physiotherapy Practice” de 2002, este documento foi posteriormente revisto e reeditado em Outubro de 2003.

Segundo a WCPT e a APF, os Padrões de Prática são necessários para:

- Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação;
- Orientar os fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;
- Conduzir o desenvolvimento da sua educação profissional;
- Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos governos, órgãos da tutela e outros grupos profissionais;
- Reflectir os valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento contínuo da profissão;
- Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- Ir de encontro às necessidades de mudança da comunidade;
- Servir como meio de comunicação entre os membros da profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e público em geral (APF, 2003).

Os Padrões de Prática em Fisioterapia encontram-se divididos em quatro dimensões (APF, 2003):

1. Parceria com o utente, onde podemos encontrar padrões referentes ao respeito pela individualidade, ao consentimento informado e à confidencialidade;

2. Recolha de dados e ciclo de intervenção. Esta dimensão diz respeito à recolha de dados, à sua análise, ao plano de intervenção e avaliação, à transferência do utente, à comunicação e finalmente à documentação.
3. Promoção de um ambiente seguro – segurança do utente e do fisioterapeuta, bem como dos equipamentos.
4. desenvolvimento profissional contínuo/aprendizagem ao longo da vida dos Fisioterapeutas.

Para cada padrão foram definidos critérios que, segundo Sale (1998, cit. por Guerra, 2003), *“contêm as determinações descritivas do desempenho, de comportamentos, de circunstâncias ou de estados clínicos que representem um estado de coisas satisfatório, positivo ou excelente, devendo ser um indicador pormenorizado da norma, específico para o serviço e mensurável”*.

Assim, em jeito de síntese e, citando Coutinho (2003), *“os Padrões de Prática em Fisioterapia são necessários para implementar a qualidade dos cuidados, a sua regulação e para demonstrar o papel fundamental dos fisioterapeutas. São também importantes para orientar o fisioterapeuta nos seus procedimentos e na sua auto-avaliação, para reflectir sobre valores, condições e objectivos e para mediar a comunicação com outros colegas, profissionais, governos e sociedade em geral”*.

2. Gestão Organizacional

2.1 Organizações

Durante os séculos XIX e início do século XX, as organizações baseavam-se na propriedade, onde a organização típica controlava tudo o que considerasse como sendo os seus negócios. As organizações em si baseavam-se no comando e no controlo ancorados na propriedade.

Embora esta seja ainda a estrutura das organizações tradicionais, o comando e o controlo estão a ser, cada vez mais, substituídos por, ou misturados com, todos os tipos de relações: alianças, “*joint ventures*”, participações minoritárias, parcerias, “*know-how*” e acordos de “*marketing*” – tudo relações nas quais ninguém controla nem comanda. Estas relações têm de ser baseadas numa compreensão mútua dos objectivos, políticas e estratégias, no trabalho de equipa e na persuasão (Sequeira, 2005).

Uma organização é mais do que um conjunto de produtos e serviços. É também uma sociedade humana e, como todas as sociedades, alimenta formas particulares de cultura, “*cultura de empresa*”. Todas as organizações têm a sua linguagem própria, a sua própria visão e versão da história (os seus mitos), os seus heróis e vilões (as suas lendas), quer históricos quer contemporâneos.

Actualmente, as organizações são mais do que máquinas, como o são na estrutura de Taylor, Fayol e Weber. A organização do século XXI é mais do que economia, definida pelos resultados do mercado. É pessoas. A sua finalidade é, portanto, tornar efectivas as forças das pessoas e irrelevantes as suas fraquezas. A organização não é apenas uma ferramenta. Revela valores. Revela a personalidade de uma organização, uma organização sem fins lucrativos, uma agência governamental. É definida por, e define, os resultados de uma empresa específica (Drucker et al, 1998).

A evidência sugere que é muito mais difícil duplicar a cultura e a forma de operar de uma organização do que a sua tecnologia, a sua estratégia, ou mesmo os seus produtos e serviços. É por isso que a cultura e a capacidade organizacional são fontes cada vez mais importantes de sucesso organizacional. Assim sendo, as organizações necessitam de pôr em execução práticas de trabalho de elevado desempenho ou elevado empenhamento e construir relações com os clientes e com os trabalhadores. As organizações com uma cultura forte evitam a rotatividade e não geram as suas relações

de emprego como um mercado pontual. Conservar e construir capacidade exige a conservação dos que possuem o conhecimento, tal como descobriram muitas organizações depois de terem perdido colaboradores e a sabedoria associada que eles representavam (Drucker et al, 1998).

A organização do século XXI caracteriza-se pela responsabilidade, autonomia, risco e incerteza. Pode não ser um ambiente delicado, mas é muito humano. Ultrapassadas estão a rigidez e a disciplina artificiais da organização convencional. No seu lugar está um mundo complexo e confuso, de desafios e desilusões que caracteriza o mundo dos seres humanos reais (Drucker et al, 1998)

Segundo Zorrinho, o pensamento complexo leva em conta os actores sociais, os quais considera como parte integrante da realidade sobre a qual actuam. Cada indivíduo é visto como um sub-sistema de um sistema que se procura dirigir e a organização de um sistema não é independente dos seres humanos que o constituem. Assim, nos sistemas complexos o conceito de organização é inseparável do conceito de autonomia, pelo que a sua capacidade de organização contém, ela própria, capacidade para desenvolver comportamentos autónomos coerentes (Zorrinho et al, 2003).

A motivação dos actores tem de ser feita de modo diferente, privilegiando as relações horizontais entre pares. Aos especialistas está acometido um desempenho estratégico. Deste modo, as organizações estão a tornar-se mais “achatadas”, menos burocráticas e mais empreendedoras. Verifica-se um maior acesso à informação quer interna, quer externa. O gestor tem que exercer uma maior liderança ao mesmo tempo que vê reduzida de forma drástica o seu poder relacionado com a sua posição hierárquica (Teixeira, 1998; Lisboa et al, 2004; Drucker et al, 1998).

2.2 Organizações de saúde

As organizações de saúde da actualidade, enquanto sistemas complexos caracterizadas por um grande número de variáveis ou multiplicidade de elementos heterogéneos (recursos humanos, técnicos, financeiros, informações, conhecimento, cultura...) e por uma extraordinária interacção e interligação dos diferentes acontecimentos, têm de se adaptar a esta nova realidade e adoptar processos de gestão e

de tomada de decisão que obriguem a formas de pensar complexas, que não se enquadram nos métodos clássicos.

No entanto, a evidência mostra que, apesar dos muitos esforços para alterar a forma de pensar das organizações de saúde, a concepção tradicional da organização se encontra fortemente enraizada nas organizações de saúde, sobretudo nas do sector público, induzindo em graves erros de gestão.

As organizações de saúde do séc. XXI têm de encontrar um modo de transformar a constituição e reconstituição espontânea de equipas multidisciplinares de elevado rendimento numa forma natural de trabalho, adoptando modelos de prestação de cuidados apoiados em equipas multidisciplinares, organizados em torno das necessidades dos utilizadores dos serviços e não das conveniências dos seus departamentos.

A emergência de novas formas de organização nas quais se evidenciam os trabalhadores da informação e do conhecimento, a importância dos valores, da cultura, da inovação e da ênfase no cliente e do homem na organização, o espírito de grupo e da família transportado para as empresas, à semelhança das empresas japonesas, são com certeza um contributo para o desenvolvimento da gestão (Lisboa et al, 2004; Teixeira, 1998; Sousa, 2002; Drucker et al, 1998). Apesar das teorias organizacionais que têm sido desenvolvidas se reportarem, essencialmente, às organizações que desenvolvem a sua actividade nas áreas da indústria e dos serviços, os pontos de convergência com as organizações de saúde são muitos.

2.3 Processo de Gestão

Do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde existem vários sistemas que podem ser utilizados para esse fim, dos quais se destaca o Sistema Holístico. Este sistema, tendo em conta as ameaças e oportunidades do ambiente externo e as forças e fraquezas do ambiente interno da organização, procura satisfazer as necessidades de todos os “*stakeholders*” de forma harmoniosa, agregando o pragmatismo de atingir determinadas metas e objectivos com o respeito pela dignidade humana no trabalho, por meio da selecção de um conjunto de ferramentas de grandes modelos de gestão que consideram os recursos humanos como base de sustentabilidade de desenvolvimento e

continuidade da própria organização (Oliva e Borba, 2004). *“No centro desta base encontra-se o indivíduo, avaliado segundo a competência, a formação, a motivação, a polivalência, a responsabilidade, a capacidade de trabalho em grupo e a constituição da sua rede própria de relações”* (Zorrinho et al, 2003:44).

A gestão de uma organização ou serviço obedece a um determinado processo que passa por quatro etapas distintas – planificação, organização, liderança e controlo de todas as actividades realizadas pelos intervenientes da organização (Mintzberg, 1995; Lisboa et al, 2004; Teixeira, 1998).

2.3.1 Planeamento

O planeamento requer que os principais responsáveis pela organização definam os objectivos e a melhor forma de os atingir (Lisboa et al, 2004). É um guião onde são definidas as actividades da organização de acordo com os objectivos em vista, procurando, deste modo, definir a missão da organização, os valores que serão seguidos por todos e a visão de onde a organização pretende chegar.

O planeamento pode ser entendido como um processo onde são explicitados os objectivos da organização e onde são definidas estratégias para alcançar esses objectivos (Oliva e Borba, 2004). Segundo estes autores existem dois tipos de planeamento: o intuitivo e o previsivo. O planeamento intuitivo, normalmente, é realizado por uma só pessoa, através de reflexão (normalmente o gestor), não resulta em planos escritos e tem um horizonte temporal curto. O planeamento previsivo corresponde a um sistema formal de planeamento, em que o trabalho de várias pessoas produz um plano escrito elaborado com base em pesquisas e em técnicas de análise de problemas e tomada de decisões. Tem, normalmente, um horizonte temporal mais alargado (Oliva e Borba, 2004).

A implementação do planeamento estratégico deve obedecer ao cumprimento de três etapas: levantamento e recolha de dados, diagnóstico da situação e identificação da missão, definição das finalidades e explicitação dos objectivos e estratégias de intervenção.

2.3.2 Organização

Organizar é a forma de distribuir a autoridade, o trabalho e os recursos pelos elementos da organização de modo a que estes possam atingir os objectivos propostos. A forma como uma organização se encontra organizada define a sua estrutura e esta varia de organização para organização. Assim, os gestores de nível hierárquico superior deverão ter em atenção a actividade principal da organização antes de definir a forma de organização do trabalho, a distribuição da autoridade e a afectação de recursos aos elementos da organização.

O desenho organizacional é definido como um conjunto de mecanismos que permitem dividir o trabalho em tarefas para assegurar a sua coordenação, e processa-se em cinco etapas básicas: a standardização de tarefas, a sua formalização, o desenho dos instrumentos de planificação e controlo, a definição dos níveis a que são tomadas as decisões e finalmente a configuração estrutural que a organização adoptará (Mintzberg, 1995; Lisboa et al, 2004; Silva, 2004).

A standardização de tarefas é um indicador do grau de monitorização dos procedimentos de realização das tarefas. Consiste numa divisão do trabalho em tarefas com a consequente especialização dos postos de trabalho e dos trabalhadores (Mintzberg, 1995; Lisboa et al, 2004; Silva, 2004).

A formalização é um instrumento de coordenação que tem como objectivos normalizar e disciplinar. A medida de formalização depende do peso da escrita na comunicação da organização. Deste modo, o número de informações escritas em circulação, o número de tarefas e procedimentos definidos por escrito, o número de fichas de função ou manuais de operação, entre outros, traduzem a extensão da formalização na organização (Mintzberg, 1995; Lisboa et al, 2004; Silva, 2004). A formalização quando excessiva pode introduzir alguma rigidez no funcionamento das organizações, mas em contrapartida tem um efeito estabilizador inquestionável (Lisboa et al, 2004).

A diferenciação corresponde às dimensões que permitem captar a forma estrutural de uma organização. A título de exemplo podem-se considerar: o número de níveis hierárquicos, o número de departamentos e serviços especializados, a estruturação interna desses serviços e departamentos assim como as suas dimensões. Consequentemente a forma estrutural permite identificar os resultados da divisão do trabalho e da especialização, materializados numa dupla diferenciação interna: uma

diferenciação vertical expressa numa cadeia de comando e uma diferenciação horizontal expressa numa determinada departamentalização ou num determinado modelo de agregação de tarefas (Mintzberg, 1995; Teixeira, 1998; Lisboa et al, 2004; Silva, 2004).

Os níveis a que são tomadas as decisões definem até que ponto o processo decisional é mais ou menos centralizado, ou por oposição, mais ou menos descentralizado. Assim, a centralização é a situação em que se verifica uma maior retenção da autoridade pelos gestores de nível superior e, conseqüentemente, um reduzido grau de delegação. A descentralização é a situação inversa, em que se verifica um elevado grau de delegação da autoridade pelos gestores de nível inferior (Mintzberg, 1995; Teixeira, 1998; Lisboa et al, 2004; Silva, 2004).

A tendência actual é no sentido de uma maior descentralização, com o objectivo de flexibilizar o funcionamento organizacional e de garantir o empenhamento dos colaboradores. A flexibilização das estruturas organizacionais e o reforço da sua adaptabilidade parecem exigir uma maior fluidez nos processos, uma maior rapidez nas respostas e uma maior criatividade nas acções desenvolvidas (Lisboa et al, 2004; Teixeira, 1998).

2.3.3 Liderança

O conceito de liderança encontra-se estreitamente relacionado com os conceitos de poder e autoridade.

No quadro do comportamento organizacional, o tema da liderança tende a confundir-se com o conceito de gestão. São muitos os estudos teóricos e empíricos realizados sobre este tema. Segundo Calder (1977), esta *“é uma das poucas áreas das ciências sociais com uma história verdadeiramente cumulativa de pensamento e investigação”* (Jesuino, 1999: 16).

As perspectivas mais recentes relativamente a este tema, enfatizam o papel dos líderes *“transformacionais”*, por oposição aos líderes *“transacionais”*. Estes líderes *“transformacionais”* têm características como: autoconfiança, uma visão alargada da situação, forte convicção e capacidade de comunicação, comportamento fora do comum, são vistos como agente de mudança, forte sensibilidade à evolução das forças do ambiente.

As teorias sobre modelos de liderança até hoje elaboradas, pressupõem a existência de indivíduos ou grupos de indivíduos que desempenham as suas tarefas no interior de organizações com fronteiras bem definidas, mais ou menos rígidas, com estruturas organizacionais com maior ou menor grau de standardização, formalização ou diferenciação, com maior ou menor grau de centralização ou descentralização do poder, e aos quais é necessário conduzir para que sejam atingidos os objectivos organizacionais definidos pelos gestores de topo (Sequeira, 2005).

As organizações do século XXI *“serão muito diferentes das que existem hoje. Muita da análise do que se escreveu no passado sobre o assunto estará, honestamente, errado ou, na melhor das hipóteses, será irrelevante. Isso deixa-nos com um desafio enorme. Temos que repensar o que é uma organização, conceptualmente, e porque razão existe, para o quê e para quem”* (Drucker et al, 1998: 369).

2.3.4 Controlo

O controlo é um processo de comparação entre o desempenho actual da organização e os padrões previamente definidos, com vista à introdução de medidas correctivas se e quando necessário. Nesta perspectiva o controlo tem como finalidade evitar e/ou corrigir erros ou situações menos apropriadas.

Embora os fundamentos do controlo de gestão se mantenham, as *“técnicas de controlo”* à disposição dos gestores têm evoluído e correspondem a técnicas de planeamento cujo objectivo é fazer com que o plano seja bem sucedido, sendo as principais: o controlo orçamental, o controlo de *“stocks”*, e o controlo de qualidade.

3. Caracterização do Contexto do Estudo

3.1 Caracterização da Instituição

A instituição desportiva à qual pertence o Departamento Clínico onde se realizou o estudo é uma componente organizacional bastante recente. O Clube já tem mais de cem anos de existência, no entanto, a criação das Sociedades Anónimas Desportivas é uma situação relativamente recente, na qual se enquadra a instituição em questão. Para a sua criação houve necessidade de reestruturar uma série de departamentos no seio do Clube, sendo um deles o Futebol de Formação e o respectivo Departamento Clínico. Nesta fase os recursos são ainda limitados. Todavia, através do trabalho e dedicação de todos os elementos do departamento clínico, bem como de todos os funcionários, tem sido possível corresponder às solicitações que são colocadas diariamente ao departamento.

“A Área de Formação, como espaço nobre do Clube, irá ter um papel fundamental na nova estratégia desportiva e empresarial da SAD do nosso clube.

Como bases deste fantástico projecto, iremos: apostar prioritariamente na qualidade e na definição de um perfil de técnico e jogador do clube; assumir uma gestão mais eficaz e profissional; criar uma rede de escolinhas em todo o país como meio de reforçar os valores, a mística e a cultura desta Instituição; estruturar o departamento de prospecção e análise com rede de informação activa; potenciar de forma regular, talentos para o plantel profissional; formar estruturada e qualificadamente, homens e desportistas.

Sabemos que o trabalho que nos espera será muito árduo e sacrificado já que as condições estruturais não são as ideais. Mas esse facto terá de servir como pólo aglutinador de motivação extra e gerador de sinergias positivas para propiciar um trabalho de excelência.

O acompanhamento social e psicológico aos nossos jogadores será uma constante diária assim como a concertação da sua actividade desportiva e académica.

Com o envolvimento de todos os quadros da Área de Formação e o contributo directo e indirecto dos apoiantes, iremos de certeza modernizar a imagem de marca da formação do Clube e a curto espaço de tempo, ser uma referência nacional e internacional como entidade formadora.”

Carraça, A. (2004)

3.2 O Futebol de Formação (Adaptado de: Carraça, 2004)

A consolidação das sociedades desportivas no futebol profissional, em Portugal, veio criar aos novos gestores uma série de obrigações e responsabilidades, de forma a poderem responder qualitativa e eficazmente aos desafios que esta actividade económica apresenta. Com uma economia em recessão e as SADs dos clubes do futebol português em clara e crescente perda, a definição de um plano estratégico para a área de formação dos clubes, tem que ser uma prioridade e uma base estrutural de trabalho, imprescindível para a regeneração política, decisória, desportiva e financeira destas instituições.

A área de formação é uma actividade muito particular e específica onde, por vezes, factores determinantes do seu desenvolvimento são de difícil controlo. Por isso há que dar grande importância a todos os pormenores e a todas as áreas envolventes para que haja sucesso e retorno dos investimentos a curto/médio prazo. Para isso é fundamental operacionalizar os meios e fazê-los rentabilizar ao máximo em todas as suas áreas de intervenção. É este o objectivo principal de toda a estrutura de formação. Como base de construção deste projecto são necessárias estruturas curtas, conhecedoras e multidisciplinares, lideradas com firmeza e diálogo constante.

A Instituição desportiva procura apostar na valorização constante dos jovens jogadores, criando-lhes um espaço de intervenção, baseado num conceito de trabalho técnico qualificado, metódico e estruturado, aposta esta que será outro suporte para o sucesso deste projecto. A aposta do Clube na sua formação como área nobre, determina

um novo espaço na evolução de uma estratégia elaborada, para que os investimentos sejam, num curto espaço de tempo, rentabilizados sólida e regularmente. Nesta lógica empresarial onde o futebol espectáculo se inclui, os jogadores como as grandes mais valias desta indústria terão de ser profissionalmente produzidos, trabalhados e promovidos.

Pretende-se com isto que a marca do Clube, com todas as suas sinergias populares e sociais, tenha a sua imagem reforçada e renovada desde tenra idade, começando nas equipas de escolinhas e terminando na equipa sénior principal, implantada em todos os distritos do país e no estrangeiro.

A qualificação dos quadros, dos meios e das políticas é determinante para qualquer projecto. Deste modo a selecção e definição dos recursos humanos terá de assentar em pressupostos claros e objectivos, criando assim as condições para o desenvolvimento e execução das estratégias definidas. Torna-se, assim, necessário operacionalizar as práticas e as decisões numa gestão equilibrada e funcional que provoque uma aproximação ao modelo estratégico e pedagógico que determinará o êxito desportivo e financeiro do clube/SAD. Ter um modelo de gestão requer acima de tudo ter capacidade de pensar e prever o futuro próximo.

Pretende-se que o aparecimento de talentos aconteça de forma articulada e repetida, deixando de o ser por meio casuístico. O percurso desportivo do praticante que opta pela vertente do rendimento está, naturalmente, condicionado pela qualidade do acolhimento oferecido e por um programa de desenvolvimento directivo e técnico, científico e de selecção, criado de forma organizada.

Uma estrutura humana com conhecimentos abrangentes propiciará um processo colectivo de resultados de qualidade e eleição. Ao ser traçado o perfil de “jogador ideal”, está-se de forma clara e inequívoca a tipificar também, o modelo de formação e prospecção desenvolvido pelo clube.

Na formação concertada e qualificada, onde o Centro de Formação terá um papel determinante, a metodologia de trabalho, a prospecção articulada de talentos, a qualidade dos quadros e o conhecimento nas decisões, são meios para que se possam racionalizar investimentos e por outro lado, potenciar a curto e médio prazo, receitas ordinárias e extraordinárias.

Porque o jogo e o ensino do jogo através do treino é algo mais do que um conjunto de vários factores que o constituem, são também definidas as competências necessárias para o perfil de técnico da Instituição Desportiva. Os técnicos do Clube têm

que saber formar, definindo e estruturando objectivos, apontando os meios, os métodos e as estratégias necessárias para que uma linha de produção de jovens talentos possa despontar estruturadamente ano após ano. O conhecimento de competências técnicas, pedagógicas e humanas são determinantes para a execução prática da importante tarefa de ser técnico do clube, seja qual for a área de intervenção (equipa técnica, equipa médica, administrativos, roupeiros, condutores, etc.).

O modelo de formação do Centro de Formação do Clube deve assentar em sólidas bases de trabalho programado, dirigido por profissionais nos domínios da gestão e do treino desportivo, como única forma de dar credibilidade ao projecto e os resultados aparecerem em tempo útil. O centro de formação deve proporcionar aos jovens praticantes com talento, uma grande oportunidade para desenvolverem o seu potencial, através de um treino desportivo de qualidade, nos planos técnico, tático e regulamentar e de acordo com os mais modernos princípios e métodos das Ciências do Desporto, nomeadamente a Fisiologia, a Biomecânica e a Psicologia.

O projecto de formação desta Instituição Desportiva desenvolve-se nos planos pessoal, social e desportivo. Deste modo, este projecto de formação desportiva necessita de uma grande estabilidade institucional como factor essencial para a sua implantação e desenvolvimento.

A paixão pelo futebol e uma real preocupação com a formação dos jovens são as principais características que representam o espírito que levou à criação deste projecto.

Incrementar a modalidade a nível nacional, aumentando o número de praticantes, criando uma maior identificação entre os jovens e a “marca” do Clube, é outro dos grandes objectivos, visando oferecer novas oportunidades no mercado de oferta da prática desportiva, através da introdução do conceito de franchising desportivo, criando assim receitas efectivas e referenciais. A criação de parcerias, está claramente inserida na lógica de reforço dos valores de qualidade, credibilidade, inovação, dinâmica, e rentabilidade, que estão na base de toda a estratégia de desenvolvimento desportivo e comercial do Clube.

A formação dos recursos humanos nas diferentes áreas de intervenção, desde os gestores das escolas até aos monitores das diferentes turmas, passando por todos os órgãos de apoio, permite aos jovens uma formação multidisciplinar de elevada qualidade e níveis de aprendizagem homogéneos, independentemente da região do país onde se encontram.

A estratégia global da SAD do Clube para o seu futebol de Formação passa, essencialmente, por:

1. Aposta na formação como área nobre;
2. Aposta na qualidade;
3. Definição de um perfil de técnico do clube;
4. Definição de um perfil de jogador do clube;
5. Prospecção transversal;
6. Definição de objectivos claros, realistas e mensuráveis.

A aposta na formação como área nobre passa pelo desenvolvimento do conceito e formação articulado e qualificado de todos os elementos ligados directa ou indirectamente ao clube. A formação desportiva e académica são favorecidas, com o intuito de reforçar a intervenção social dos órgãos do Clube e a sua imagem. Esta aposta na formação procura um investimento com retorno através da prática de uma política desportiva de referência e da qualificação dos quadros do clube.

Formação como área nobre:

- Conceito e formação articulado e qualificado;
- Formação desportiva e académica;
- Reforço intervenção social;
- Reforço imagem do Clube;
- Qualificação de quadros;
- Política desportiva de referência;
- Investimento com retorno.

A aposta na qualidade passa pela obtenção de um trabalho técnico qualificado, através de uma intervenção individual e colectiva. A selecção de colaboradores qualificados e motivados para o trabalho, bem como uma reestruturação do modelo organizativo, associados às estruturas físicas e de apoio vão fundamentar as decisões tomadas tendo sempre em conta uma profunda vertente qualitativa.

Aposta na qualidade:

- No trabalho técnico;

- Na intervenção colectiva;
- Na intervenção individual;
- Na selecção;
- No modelo organizativo;
- Nas estruturas físicas e de apoio;
- Nas decisões.

A definição do perfil de técnico do clube apenas sugere alguns requisitos importantes para o desenvolvimento desta função. Assim, o técnico do clube deverá ter uma formação prática e científica adequada, uma boa capacidade de liderança e organização, ser ambicioso, interventivo e jovem, juntando todos estes atributos à boa gestão de recursos e projectos que lhe possam surgir no seu percurso.

Perfil de técnico do clube:

- Formação prática e científica;
- Capacidade de liderança;
- Organização;
- Ambição;
- Gestor de recursos;
- Interventivo;
- Dedicção a projectos;
- Jovem.

Os jogadores do clube deverão ter talento, ser intelectualmente desenvolvidos e responsáveis. Na definição do seu perfil foram ainda incluídos atributos como a ambição, a motivação, o carácter, o espírito de sacrifício e a capacidade de liderança.

Perfil de jogador do clube:

- Com talento;
- Intelectualmente desenvolvido;
- Com ambição;
- Com carácter;
- Espírito sacrifício;

- Responsabilidade;
- Motivação;
- Líder.

Objectivos Implementados:

- Formar homens e atletas de forma qualificada;
- Formar 2/3 jogadores por ano para o plantel principal;
- Aumentar o número de jogadores internacionais;
- Criar hábito de vitória;
- Reforçar a cultura/mística do clube;
- Ser uma referência nacional à formação de jogadores;
- Ser uma referência nacional na formação de técnicos;
- Modernizar a imagem de marca do clube;
- Potenciar mais jovens talentos.

A Área de Formação do Clube encontra-se dividida em seis Departamentos distintos, no qual se enquadra o Departamento Clínico que é o Departamento em Estudo.

Figura 3 – Organigrama da área de formação da instituição desportiva (Adaptado de Caraça, 2004).

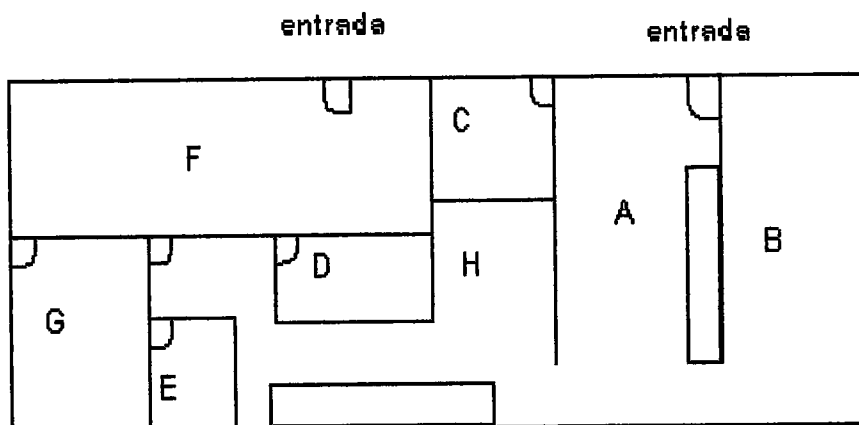


3.3 O Departamento Clínico

O departamento clínico é uma estrutura que tem como principal objectivo recuperar os jogadores incapacitados de realizar a prática da modalidade por lesão. É uma unidade sediada em instalações próprias, mas que actua em diversos espaços uma vez que os treinos e jogos não se realizam sempre no mesmo local. Pode ser, portanto, considerada uma unidade dinâmica, uma vez que actua em diversos espaços consoante as necessidades.

O domínio de intervenção deste departamento é, sobretudo, na área da Medicina Desportiva, no entanto é prestado todo o apoio médico e terapêutico aos jovens atletas sempre que necessário. O Departamento Clínico possui protocolos com outras instituições para a realização de exames complementares de diagnóstico e parcerias com médicos de outras especialidades, que prestam o apoio adequado sempre que solicitados.

Figura 4 – Esboço da planta do edifício onde se situa o departamento clínico.



Legenda: A – Sala de tratamentos principal; B – Sala de tratamentos; C – Gabinete médico; D – WCs; E – Armazém 1; F – Ginásio; G – Armazém 2; H – Vestiário e cacifos.

O departamento clínico apresenta um corpo clínico constituído por um total de 12 elementos:

- 3 médicos (ortopedia – coordenador da área médica; medicina interna; cirurgia geral)
- 5 fisioterapeutas (um coordenador da área paramédica)
- 3 enfermeiros
- 1 socorrista

Destes 12 elementos há dois (um enfermeiro e um socorrista) que só exercem funções quando são chamados ao serviço para dar assistência a jogos e torneios (normalmente realizados ao fim de semana e feriados), exercendo a sua actividade profissional noutra instituição durante a semana. Desta forma, durante o seu horário laboral, o departamento clínico apenas conta com 3 médicos, 2 enfermeiros e 5 fisioterapeutas.

Os três médicos de serviço, têm uma escala de trabalho atribuída de forma a que todos os dias da semana exista um horário de 2 horas para consulta, normalmente realizada ao final da tarde, nas instalações do Departamento Clínico. Sempre que um jogador, seja qual for o seu escalão, se lesiona, é imediatamente remetido para a consulta médica no próprio dia, caso seja possível, ou no dia seguinte no caso de já se ter realizado a consulta nesse dia. Os médicos têm ainda a seu cargo a responsabilidade de prestar assistência nos treinos matinais da equipa de séniores e de juniores dois dias por semana (a cada uma das equipas, o que vai resultar num total de 4 treinos semanais divididos por 2 equipas, com assistência médica).

O Horário de funcionamento do departamento é das 9h as 13h, no período da manhã, e das 14h as 21h30, no período da tarde, estando atribuídas determinadas escalas de trabalho. O serviço nas instalações próprias do departamento é assegurado por um fisioterapeuta no período da manhã. No período da tarde existem escalas de trabalho por onde estão distribuídos os outros elementos do departamento, 5 fisioterapeutas e 2 enfermeiros, assegurando sempre o funcionamento nas instalações principais e a assistência nos locais onde se realizam os treinos.

No período da manhã realizam-se os treinos da equipa de séniores e de juniores que decorrem, normalmente, entre as 9h e as 11h, pelo que é necessário que entre as 8h30 e as 11h30 se encontre um elemento do departamento clínico no local do treino

para preparar e assistir os jogadores durante o treino. Nestes treinos da manhã quem presta a assistência são dois fisioterapeutas.

Na área reservada à recuperação dos atletas lesionados, existem 7 marquesas distribuídas pelas 2 salas de tratamento. As salas de tratamento estão equipadas com os seguintes materiais:

- 1 ultra-som
- 1 máquina de laser
- 2 máquinas de multi-correntes para electro-estimulação
- 1 hidro-collector grande
- 1 máquina para aquecimento de parafina
- 1 máquina de pressoterapia
- 2 compex
- 1 tábua de equilíbrio
- 2 espaldar
- vários materiais consumíveis necessários ao desenvolvimento das actividades clínicas

Capítulo II – Metodologia do Estudo

1. Metodologia do Estudo

1.1 Considerações Preliminares

O processo inerente a uma determinada orientação do estudo, assim como o alcançar de um determinado fim ou objectivo, tem por base a utilização de um método.

Pretende-se neste capítulo delinear como a problemática foi investigada e a razão por que determinados métodos e técnicas foram utilizados (Bell, 2002).

Segundo Madeira e Abreu, *“a pesquisa científica é uma actividade centrada na solução de problemas teóricos ou práticos, recorrendo ao uso do método científico”* (Madeira e Abreu, 2004: 18). A fim de ser encontrada tal solução, o investigador utiliza um conjunto de métodos formais e sistemáticos na *“recolha de informação sobre o real”* (Almeida e Pinto, 2003: 55).

Podemos, desta forma, definir metodologia como um *“(...) conjunto de processos que permitem conhecer uma determinada realidade, produzir determinado objecto ou desenvolver certos procedimentos ou comportamentos...”* (Fortin, 2000).

A investigação científica, em Ciências Sociais, é um processo que permite solucionar problemas associados ao conhecimento dos fenómenos da nossa vida quotidiana. *“(...) É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para as questões que necessitam duma investigação (...)”* (Fortin, 1999: 15).

Tendo em vista a resolução de problemas, a descoberta ou clarificação de respostas, indicando o que fazer de forma ordenada para atingir o objectivo primordial e para responder à pergunta de partida e aos objectivos formulados, a metodologia utilizada vem exposta nas páginas que se seguem, sendo apresentados, de forma sistemática, os procedimentos adoptados durante as várias etapas do trabalho, de maneira a que este venha a ter validade e interesse científico. Serão abordados, neste capítulo, a problemática e pertinência do estudo, o paradigma do estudo, a unidade de análise, os objectivos e questões orientadoras da investigação, bem como todos os procedimentos realizados no decorrer do estudo.

1.2 Problemática do Estudo

A qualidade dos serviços de saúde assume, actualmente, uma preponderância muito elevada a nível dos diversos sectores (político, económico, social), com responsabilidades acrescidas na construção de uma sociedade que se quer cada vez melhor, com mais justiça social e melhor partilha dos recursos. A qualidade dos serviços de saúde tem também sido posta em causa pelos seus utilizadores que, ao tornarem-se cada vez mais esclarecidos e exigentes, se consciencializam dos problemas que afectam a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, tanto a nível público como privado, sendo esta uma das grandes conquistas da última década.

Ao longo da fundamentação teórica, com base em teorias existentes e alguns trabalhos empíricos realizados, foi abordada a problemática da qualidade dos serviços de saúde e a importância das suas dimensões clínica, organizacional, e de prestação de cuidados para a construção dessa mesma qualidade. Foram ainda referidas as múltiplas dimensões que a qualidade pode assumir, a dificuldade em a traduzir através de uma simples medida quantitativa e a necessidade de serem utilizados indicadores para a avaliar; para isso, a percepção dos utilizadores e dos prestadores dos serviços é muitas vezes avaliada como indicador de qualidade.

1.3 Pertinência do Estudo

A investigação é “(...) *algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica*” (Quivy e Campenhoudt, 2003:31).

Este capítulo tem como principal objectivo expor a metodologia de investigação utilizada para analisar e descrever a qualidade organizacional do departamento clínico de uma instituição desportiva na óptica dos seus profissionais de saúde.

O problema identificado e a sua pertinência foram tomando forma ao longo da minha actividade enquanto fisioterapeuta do Clube onde se realizou o estudo. O interesse pelo tema surge através de uma reflexão pessoal, uma vez que estando a exercer funções no departamento clínico em causa, considero pertinente conhecer a

percepção, opinião e envolvimento dos profissionais de saúde que diariamente trabalham comigo, na prestação de cuidados de saúde a uma população específica de desportistas que pretendem ingressar no mundo da alta competição.

Os resultados deste estudo poderão servir de incentivo, quer aos profissionais que compõem a equipa médica, quer aos gestores de topo, para que possam suportar algumas das suas decisões de gestão organizacional, no sentido de otimizar o funcionamento e a prestação de cuidados do departamento clínico do Clube.

A instituição desportiva que acolhe este estudo é um órgão organizacional bastante recente. Para a sua criação houve necessidade de reestruturar uma série de departamentos no seio do Clube, nomeadamente o do Futebol de Formação e o respectivo Departamento Clínico. Nesta fase, apesar dos recursos serem limitados, tem sido possível corresponder a todas as solicitações, através do trabalho e dedicação de todos os elementos do departamento clínico, bem como de todos os funcionários.

A elaboração deste estudo de caso na área da qualidade organizacional de um serviço de saúde, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde: Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, julgo ser de interesse porque:

- Em primeiro lugar, aborda uma das temáticas do plano curricular do mestrado, amplamente debatida, relacionada com as políticas de qualidade e práticas de inovação da gestão dos serviços de saúde;
- Foca a problemática da qualidade dos serviços de saúde relacionada com a organização e gestão dos próprios serviços, tendo em vista analisar a organização do departamento clínico em causa, a partir da percepção dos profissionais de saúde que nele exercem funções;
- Como já foi referido, considero pertinente conhecer a percepção e envolvimento dos profissionais de saúde, que diariamente trabalham no departamento clínico desta instituição relativamente à qualidade organizacional, com o intuito de programar e desenvolver soluções alternativas para a sua melhoria e optimização.
- Finalmente, uma investigação na área da qualidade organizacional dos serviços de saúde encontra a sua justificação no contributo que pode dar para um melhor conhecimento empírico da realidade portuguesa, sobre este tema, num contexto muito específico em que foi realizado este estudo.

- Como cada caso é um caso e as variações entre serviços nunca deixam de existir, seja qual for o seu enquadramento, este estudo revela-se importante, no sentido em que analisa a qualidade organizacional de um serviço muito particular, com objectivos e linhas de actuação muito específicos, não deixando, no entanto, de ter a promoção da saúde e a prevenção da doença como linhas orientadoras estratégicas.

1.4 Paradigma do Estudo

A partir do momento em que a problemática do estudo está definida, fornecendo o plano teórico sobre o qual vai assentar o modelo de análise, parte-se para a caracterização da abordagem metodológica (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Assim, achei o paradigma qualitativo o mais adequado para abordar o objecto de estudo. Neste contexto, o investigador encontra-se com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, observando, interpretando e apreciando o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los (Silva e Pinto, 2001).

O investigador, quando actua neste âmbito, não se coloca na posição de um perito, uma vez que se trata de uma nova relação sujeito-objecto e reconhece que esta relação é marcada pela intersubjectividade. *“(...) O sujeito produtor de conhecimentos está, enquanto ser humano, ligado ao seu objecto e o objecto igualmente ligado ao sujeito humano, é dotado de um saber e uma experiência que se lhe reconhece. Esta intersubjectividade marca uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento (...)”*, onde as pessoas que participam no estudo tiveram (ou têm) a experiência de um determinado fenómeno, possuem uma experiência e um saber pertinentes ou até partilham a mesma cultura (Fortin, 1999: 148).

Este tipo de estudo procura descrever o ponto de vista e a posição dos intervenientes perante um fenómeno, explorar e analisar significados, percepções e experiências. Desta forma, a pesquisa qualitativa permite interpretar e naturalizar os fenómenos, demarcando-se de outros métodos do campo da investigação social.

Dentro da pesquisa qualitativa, considero este trabalho um estudo de caso porque *“(...) é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico*

e, desse modo, contribuir para a compreensão global do fenómeno de interesse” (Ponte, 1994).

Segundo Ponte (1994), um estudo de caso não constitui, só por si, uma metodologia de investigação bem definida. Trata-se sobretudo de uma estratégia de pesquisa delimitado num dado espaço e no tempo, como o presente estudo.

Na verdade, este trabalho caracteriza-se por ser um estudo descritivo, de carácter exploratório que procura descrever e classificar os dados, e interpretar os resultados sem qualquer possibilidade de interferir ou modificar a realidade tal como esta se apresenta.

É descritivo na medida em que “(...) o investigador não pretende modificar a situação, mas compreendê-la tal como ela é. Para isso apoia-se numa “*descrição grossa*” (*thick description*), isto é, *factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objecto de estudo*” (Ponte, 1994).

O carácter exploratório do estudo pode entender-se no sentido em que visa, sobretudo chegar a hipóteses e não partir delas. Ou seja, os entrevistados são questionados, com o intuito de identificar áreas de pior e melhor qualidade organizacional e de procurar sugestões para a melhoria da qualidade organizacional no departamento com todos os seus intervenientes e respeitando os seus condicionalismos.

Segundo Hill e Hill (2002), este estudo pretende descobrir factos, novos dados empíricos que sejam capazes de resolver problemas práticos a curto prazo – *Investigação Aplicável*.

1.5 Unidade de Análise

A grande preocupação deste estudo centra-se na análise e descrição da qualidade organizacional do Departamento Clínico de uma instituição desportiva, pelo que se optou por estudar a opinião dos profissionais de saúde que nele exercem funções – médicos, fisioterapeutas e enfermeiros.

Assim, numa primeira fase, foi efectuada uma abordagem ao coordenador do respectivo departamento, visando explicar os objectivos do estudo e obter um consentimento prévio. Seguiu-se um pedido formal, por escrito, à administração da S.A.D. da Instituição Desportiva com o conhecimento do coordenador do Departamento Clínico, o qual pode ser consultado no Anexo I.

Posteriormente foi solicitada a colaboração dos profissionais de saúde, sendo garantida a sua confidencialidade.

1.6 Pergunta de Partida

Segundo Quivy, “(...) a questão de partida servirá de fio condutor da investigação” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 41). Segundo a perspectiva de Brown e McIntyre (1981), “as questões de uma pesquisa surgem de uma análise dos problemas de quem a pratica em determinada situação, tornando-se então o seu objectivo imediato a compreensão desses problemas” (Bell, 2002:21).

Para a realização deste estudo a pergunta de partida formulada foi:

Qual a percepção dos profissionais de saúde de uma instituição desportiva quanto ao funcionamento e qualidade organizacional do seu Departamento Clínico?

“A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”. (Fortin 2000: 101)

1.7 Objectivos

Parafraseando Fortin (2000), “O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação (...), é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

O presente trabalho tem como objectivo descrever e analisar a qualidade organizacional do departamento clínico de uma instituição desportiva sob o ponto de vista dos profissionais de saúde que nele exercem funções.

Tendo em conta a pergunta de partida, foram elaborados os seguintes objectivos de modo a orientar o estudo:

1.7.1 Objectivo Geral: descrever e analisar a qualidade organizacional do departamento clínico de uma instituição desportiva sob o ponto de vista dos profissionais que nele exercem funções;

1.7.2 Objectivos Específicos:

1. Saber qual a percepção que os profissionais de saúde de uma instituição desportiva têm relativamente à qualidade organizacional do seu departamento clínico;
2. Identificar as áreas organizacionais com melhores e piores atributos de qualidade, segundo os profissionais de saúde.
3. Caracterizar o perfil da qualidade organizacional do Departamento Clínico desta instituição desportiva.
4. Conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre aspectos que poderiam melhorar, no sentido de otimizar o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva.
5. Apresentar uma proposta de um modelo de intervenção sócio-organizacional para o departamento clínico desta instituição desportiva;

1.8 Questões Orientadoras de Investigação

Para o atingir dos objectivos propostos neste estudo, optou-se por estudar uma “amostra” seleccionada por conveniência. Deste modo, face à natureza do estudo não optámos por um modelo de hipóteses, mas sim por questões orientadoras de investigação.

“As questões de investigação são as permissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação” (Talbot, 1995). (...)“Decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar.” in Fortin (2000: 101)

Tendo em conta os objectivos específicos, foram formuladas as seguintes questões orientadoras de investigação:

1. Qual a percepção que os profissionais de saúde de uma instituição desportiva têm relativamente à qualidade organizacional do seu departamento clínico?
2. Quais as áreas organizacionais com melhores e piores atributos de qualidade, segundo os profissionais de saúde?
3. Qual o perfil da qualidade organizacional do Departamento Clínico desta instituição desportiva?
4. Quais os aspectos que poderiam melhorar no sentido de otimizar o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva?
5. Qual o modelo ideal organizacional para o Departamento Clínico em estudo?

1.9 Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados tem importância decisiva na recolha ou reprodução da informação junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na população ou na amostra. A exigência de precisão varia de acordo com a natureza do próprio instrumento. Tratando-se de um guião de entrevista, ainda que estruturado, ele estará sempre sob o domínio do investigador.

O limite imposto pelo instrumento de recolha de dados difere, conforme se trate de um guião de entrevista ou de um questionário. No primeiro caso, o risco maior a evitar é o de poder condicionar as respostas dos entrevistados devido à presença do entrevistador. Apesar dos múltiplos factores que podem intervir na situação de entrevista, condicionando a sua validade, esta técnica continua a ser um instrumento precioso na recolha de informação que, por se localizar em regiões íntimas do indivíduo, só será disponibilizada por intermédio de um relacionamento afectivo, que por sua vez só pode ser proporcionado através de entrevista semi-estruturada.

A entrevista realizada pelo investigador é “*uma conversa com um objecto*” (Ghiglione e Matalon, 1992: 64). Pretende analisar opiniões consideradas pertinentes para a pesquisa. Para dar resposta às questões colocadas na problemática é importante

obter boas entrevistas “*junto das pessoas certas, de acordo com os objectivos da pesquisa*” (Ferreira, 2003: 187).

Para Quivy e Campenhoudt (2003), a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. Deste modo, contribui para descobrir os aspectos a ter em conta e alarga ou rectifica o campo de investigação das leituras.

Ao nível de estruturação, a entrevista semi-estruturada parece ser a indicada, tendo em conta os objectivos e carácter do estudo, bem como a problemática por este abordada. Esta assegura ao investigador que as entrevistas feitas a diferentes pessoas são mais sistemáticas e compreensíveis, permitindo ainda clarificar e aprofundar determinado tema no decurso da mesma. Nesta linha de pensamento, Bell (2002) considera e acrescenta que o facto de se estabelecer previamente uma estrutura, simplifica a análise subsequente.

Desta forma, para a recolha dos dados necessários à realização deste estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, construída através de uma adaptação do questionário MoniQuOr CS – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde, da autoria do Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, salvaguardando a necessária distância quanto à natureza e a aplicação no terreno da técnica da entrevista.

Importa relevar que o MoniQuOr CS foi criado em 1996/1997 com os objectivos de definir um conjunto de critérios de qualidade organizacional para utilizar nos centros de saúde; criar um sistema de avaliação e avaliar o impacte produzido pelo cumprimento dos critérios na melhoria da qualidade dos serviços prestados. É constituído por 163 critérios agrupados em seis grandes dimensões (Rodrigues et al, 1998):

- Organização e Gestão
- Direitos do Cidadão
- Promoção da Saúde
- Prestação de Cuidados de Saúde
- Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade
- Instalações e Equipamentos

Os critérios constituem variáveis ordinais medidas numa escala de “Likert” com quatro categorias: 0 = não realizado; 2 = parcialmente realizado; 3 = quase realizado; 4 = totalmente realizado.

Criado com a finalidade de permitir a auto-avaliação, a avaliação cruzada entre centros de saúde e a avaliação externa, o MoniQuOr CS foi adaptado para este estudo tendo em conta a especificidade da “unidade de saúde” que se pretende analisar e avaliar através da percepção que os profissionais de saúde têm relativamente à qualidade organizacional desta.

Neste contexto, para a realização da entrevista aos informantes-chave foi construído um guião de entrevista, com quatro dimensões de questões, no sentido de encaminhar a entrevista ao encontro dos objectivos do estudo. Como já foi referido, a construção deste teve como base a adaptação das dimensões do questionário MoniQuOr CS, salvaguardando a necessária distância para as questões de partida, os objectivos do estudo e a recolha de informação com base numa entrevista.

Assim sendo, foram consideradas quatro dimensões de estudo, de forma a responderem aos objectivos propostos:

Dimensão I – Recolha de informação para a caracterização do grupo de entrevistados.

Dimensão II – Engloba as seis dimensões consideradas no questionário MoniQuOr CS e consideradas as seis categorias fundamentais deste estudo: Organização e Gestão; Direitos do Cidadão; Promoção da Saúde; Prestação de Cuidados de Saúde; Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade; Instalações e Equipamentos.

Dimensão III – Referente às sugestões e opinião pessoal dos informantes-chave relativamente à qualidade organizacional do departamento clínico em questão.

Dimensão IV – Através da análise efectuada apresentar uma proposta de um modelo de reestruturação organizacional.

Atendendo ao tipo de abordagem a utilizar neste estudo, optou-se, como já foi referido, pela utilização de inquérito por entrevista como instrumento de recolha de dados. De referir que Almeida salienta que é da responsabilidade do investigador reduzir ao mínimo as ambiguidades do conteúdo para garantir a objectividade dos resultados. Uma vez definido o guião de perguntas, seria pois conveniente realizar um

pré-teste, para garantir que estas estavam bem elaboradas, eram compreensíveis, concisas e claras. (Almeida, 1994)

“Todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados para saber quanto tempo demoram os receptores a realizá-los; por outro lado, isto permite-lhe eliminar questões que não conduzam a dados relevantes.” (Bell, 2002: 110)

Para evitar problemas e suprir lacunas na realização da entrevista, procedi à realização de um “pré-teste”, a fim de rectificar o que fosse necessário na estrutura e conteúdo da mesma.

Este “pré-teste” foi realizado numa fase inicial da investigação, aquilo que Bell (2002) denomina de “*entrevista preliminar*”. *“É nesta etapa que um investigador se encontra quando tenta saber que tópicos e áreas são importantes e quando as pessoas directamente interessadas nesse tópico são encorajadas a falar sobre o que for de importância fulcral para elas. Nesta etapa encontra-se à procura de pistas quanto às áreas a explorar ou a abandonar”* (Bell, 2002: 110).

Esta entrevista preliminar foi realizada a dois profissionais de saúde do Departamento Clínico em estudo, um fisioterapeuta e um enfermeiro, em Maio de 2006. Este questionário de entrevista foi posteriormente validado pelo orientador, que formulou críticas fundamentadas e construtivas para a realização dos ajustes necessários ao guião da mesma.

1.10 Selecção e Caracterização dos Entrevistados

“(…) Os homens são seres sociais. As suas acções desdobram-se em práticas materiais e simbólicas, relações com a natureza e relações com outros homens, no âmbito de grupos com várias dimensões, dos grupos elementares como as famílias até às organizações vastas a que chamamos sociedades (…)” (Silva e Pinto, 2001:13).

Os entrevistados do estudo realizado são profissionais de saúde que exercem funções no Departamento Clínico da instituição desportiva. Foram seleccionados, por conveniência, sete informantes-chave, tendo em conta que nenhum exerce cargos de chefia ou coordenação e que todos cumprem horário laboral semanal no departamento clínico em questão. Ou seja, não foram considerados profissionais de saúde do

departamento clínico com cargos de coordenação nem profissionais que apenas exercem funções ao fim-de-semana, que constituem uma espécie de “*taskforce*” no serviço.

A “amostra” de entrevistados abrange indivíduos de várias classes profissionais: médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Após a selecção dos informantes-chave, procedeu-se à realização das entrevistas previamente testadas e validadas, cujo objectivo foi recolher informação sobre múltiplos aspectos da qualidade organizacional do serviço. A recolha da informação ocorreu entre Junho e Julho de 2006 e as entrevistas foram efectuadas com marcação prévia e com o consentimento de todos os seleccionados num local familiar e calmo, escolhido ao seu critério.

As entrevistas foram iniciadas com uma breve introdução quanto ao objectivo do encontro, tendo sido garantido anonimato aos entrevistados, aos quais foram atribuídos nomes fictícios, bem como à instituição envolvida, sem contudo alterar a autenticidade dos factos no momento da transcrição integral de toda a informação.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na totalidade, tendo o tempo de cada uma variado entre os 30 e os 60 minutos.

Para este estudo se tornar possível foi enviada uma carta ao director da SAD da instituição desportiva, a solicitar autorização para a realização do mesmo. Foi também pedida autorização ao coordenador do departamento clínico bem como aos respectivos informantes-chave, sendo que foi totalmente garantida a confidencialidade do estudo e dos testemunhos prestados.

1.11 Definição do Modelo de Análise

“As perguntas relativas à opinião quantificam-se recorrendo a escalas ou, caso sejam perguntas abertas em que o inquirido tem liberdade de produzir um texto, tem-se por recurso a análise de conteúdo.” (Cruz, 2003)

A análise de conteúdo é, frequentemente, utilizada *“nas perguntas abertas de um questionário para analisar as significações de resposta em que o inquirido foi convidado a expressar a sua opinião livremente.”* (Almeida, 1994: 210)

Na opinião de Quivy e Campenhoudt (2003) este tipo de análise está a ganhar terreno na investigação em Ciências Sociais porque permite tratar de forma metódica

informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, satisfazendo harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva.

Vala (2001) refere que a análise de conteúdo é o método privilegiado para tratar a informação recolhida, pois permite demonstrar a importância relativa atribuída pelos sujeitos a diversas dimensões, como a vida familiar, a vida profissional, a vida económica, entre muitas outras.

As principais vantagens deste método, segundo Quivy e Campenhoudt (2003), são:

- É adequado ao estudo do implícito.
- Orientam o investigador de modo a manter uma distância relativamente às interpretações espontâneas, sobretudo as suas.

Alguns destes métodos são construídos de uma maneira muito metódica e sistemática, sem alterar a profundidade da pesquisa.

D. Betaux (1980) afirma que “(...) esta análise prossegue ao longo da investigação e consiste na construção progressiva de uma representação do objecto sociológico (...)” (Albarello, 1997: 223).

A análise de conteúdo possui uma desvantagem relevante, que consiste na dificuldade de generalizar, devido aos limites e aos problemas colocados por este que variam consoante o tipo de método utilizado (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Assim, “Na lógica da pesquisa compreensiva (...) a generalização depende do estatuto da pesquisa. Se a pesquisa garantiu diversidade e saturou a informação, os riscos de generalização são semelhantes aos de qualquer outra pesquisa. De facto, qualquer pesquisa é sempre parcelar e provisória, não só porque as dinâmicas sociais mudam no espaço e no tempo, mas também porque a garantia das boas amostragens é reduzida na pesquisa sociológica, exigindo cuidados aprofundados na extrapolação para universos mais alagados” (Guerra, 2006: 86).

O conteúdo das entrevistas foi objecto de análise, sendo sujeito a um processo de categorização com base nas áreas temáticas do estudo.

No processo de análise dos dados foram tidas em conta as ideias chave, servindo de indicador para a análise. De relevar que para a categorização dos dados, contei ainda com o auxílio do meu orientador, de forma a processar devidamente a informação para o cumprimento dos objectivos de estudo.

A construção do modelo de análise surgiu a partir dos objectivos do estudo e do guião de entrevista, tendo sido elaborada uma grelha de análise inicial com as várias dimensões temáticas e categorias consideradas que podem ser consultadas nos Anexos II e IV, onde se apresentam a grelha analítica da entrevista e a tabela de sistema de categorias, respectivamente.

O guião da entrevista final foi elaborado com base na relação entre dimensões do estudo, categorias do estudo, objectivos do estudo, questões principais e secundárias do estudo e pode ser consultado no Anexo III.

Como já foi referido, para o presente estudo procurei extrair o sentido dos dados reunidos através da técnica de análise categorial. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), esta técnica permite o tratamento de dados de uma forma metódica, possibilitando evidenciar no conteúdo das entrevistas as informações mais profundas e complexas. Neste contexto, a análise categorial garante uma análise em *continuum* com o contexto do estudo, e consiste na classificação dos diversos elementos diferenciados, que são posteriormente reagrupados, possuindo cada grupo uma denominação própria (Bardin, 2005).

Este processo de análise inicia-se com a inclusão de segmentos de texto nas categorias pré-definidas, com base na detecção de indicadores que caracterizam essas mesmas categorias. Esses indicadores são definidos através de conceitos que atribuem sentido e validade à categoria onde se encontram inseridos (Vala, 2001).

Realizei o encaixe da colecção da informação das entrevistas gravadas e transcritas em bruto no interior das categorias, após proceder a uma análise preliminar dos textos. Após a análise inicial, foi possível categorizar os dados através da conjugação da informação obtida com o modelo de análise anteriormente descrito (Vala, 2001).

Os excertos com informação relevante foram agrupados em quadros-resumos das sete entrevistas realizadas, nas várias categorias consideradas: Organização e Gestão; Direitos dos Utilizadores; Promoção da Saúde; Prestação de Cuidados; Formação Contínua; Instalações; Sugestões Pessoais; “Modelo Ideal”, que podem ser consultados no Anexo V, cujas características analíticas são descritas no capítulo seguinte.

Capítulo III - Análise da Qualidade Organizacional do Departamento Clínico da Instituição Desportiva

Análise da Qualidade Organizacional do Departamento Clínico da Instituição Desportiva

No presente capítulo, procuro efectuar uma análise e descrição da qualidade organizacional do Departamento Clínico da instituição desportiva, no seu contexto muito específico. Esta análise é baseada e suportada pelos testemunhos dos sete informantes-chave que exercem funções no departamento e, também, na bibliografia consultada sobre os temas abordados.

1. Caracterização dos Entrevistados

Antes da realização de uma análise aprofundada dos resultados obtidos, é necessário caracterizar e analisar a “amostra”.

Realizei as entrevistas a um grupo de informantes-chave composto por 7 elementos do Departamento Clínico em estudo.

Quanto à categoria profissional dos 7 informantes-chave, 1 é médico, 2 são enfermeiros e 4 são fisioterapeutas.

Dos 7 elementos seleccionados, nenhum assume qualquer cargo de chefia.

Esta selecção foi realizada excluindo os elementos que desempenham cargos de chefia no departamento e os que desempenham funções apenas durante o fim-de-semana e, após este procedimento, foram realizadas entrevistas aos elementos que consentiram a sua colaboração no estudo.

A primeira dimensão descrita é, então, a caracterização dos informantes-chave. Nesta categoria procurei descrever os profissionais no que diz respeito ao sexo, à idade, profissão, anos de exercício profissional, antiguidade no Departamento em questão e se desenvolvem ou não alguma actividade paralela ou “duplo emprego”.

Aos informantes-chave, que são todos do sexo masculino, optou-se por atribuir um nome fictício, de modo a assegurar o anonimato e sigilo na investigação aqui desenvolvida, conforme se poderá ler nas transcrições efectuadas mais à frente durante a análise de conteúdo: AC, AM, CB, CC, CL, HP, MP.

Tinham idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos, sendo a média de idades na ordem dos 38 anos. No entanto, verifica-se que apenas dois elementos exercem funções no departamento há mais de 15 anos e ambos são enfermeiros do serviço. Quanto aos restantes, entre os quais se incluem os quatro fisioterapeutas, exercem funções neste departamento há 5 anos ou menos. Esta situação sugere que a fisioterapia tem apresentado um crescimento algo acentuado no ramo desportivo nos últimos anos, pelo menos na instituição desportiva em estudo.

Relativamente aos anos de profissão, o grupo de entrevistados apresenta uma média de cerca de 12 anos de experiência profissional. Os informantes-chave com menos tempo de experiência profissional são todos fisioterapeutas como se pode verificar pela análise do quadro, enquanto os indivíduos mais experientes são enfermeiros.

O médico entrevistado tem já 18 anos de experiência profissional, mas exerce funções no departamento há apenas 1 ano.

Quadro 2 – Caracterização dos informantes-chave.

Nome (pseudónimo)	Sexo	Idade	Profissão	Anos de exercício profissional	Anos no departamento em questão	Actividade paralela
HP	M	25	Fisioterapeuta	3	2	Sim
MP	M	24	Fisioterapeuta	3	2	Não
AC	M	59	Enfermeiro	28	19	Não
AM	M	51	Enfermeiro	24	17	Sim
CB	M	29	Fisioterapeuta	6	5	Sim
CC	M	26	Fisioterapeuta	1	1	Não
CL	M	49	Médico	18	1	Sim

Dos 7 entrevistados, 4 têm um segundo emprego ou exercem outras actividades profissionais.

Na realização das entrevistas, todas elas gravadas em registo áudio e posteriormente transcritas na totalidade, privilegiámos uma grande dimensão – a análise da qualidade organizacional do Departamento. Esta dimensão pode subdividir-se em

diversas categorias, permitindo assim realizar uma análise dos dados obtidos de forma mais coerente e concisa. Nesta única dimensão consideraram-se as seguintes categorias:

Organização e Gestão – foca aspectos da organização relacionados com o planeamento das actividades, o grau de envolvimento de todos os profissionais na elaboração do plano de actividades e na definição dos objectivos, assim como o desenvolvimento do trabalho em equipa, o reforço do espírito de equipa e a gestão dos recursos humanos.

Direitos dos Utilizadores – considera os aspectos ligados à garantia da participação dos atletas na melhoria da qualidade do serviço de saúde prestado.

Promoção da Saúde – enfatiza o papel dos cuidados de saúde primários na implementação de políticas favoráveis à promoção da saúde e realça a importância dos programas desenvolvidos na manutenção dos níveis de clínicos e físicos e na sua melhoria, questionando a intervenção do departamento clínico nos diversos ambientes onde se relacionam os atletas.

Prestação de Cuidados - questiona aspectos relacionados com a prestação de cuidados no terreno por parte do departamento, comunicação entre o departamento clínico, profissionais e atletas, com as normas de orientação organizacionais e clínicas, com as políticas de prescrição de fármacos e meios complementares de diagnóstico, com a confidencialidade dos dados clínicos e pessoais dos atletas e com a privacidade, segurança, qualidade e organização dos registos clínicos.

Formação Contínua – trata de assuntos relacionados com a formação contínua e profissional e a revisão de casos clínicos.

Instalações – realça aspectos da acessibilidade física aos serviços, os espaços físicos do departamento clínico, as tecnologias de terapêutica, informação e comunicação existentes, bem como a higiene e segurança no local de trabalho.

Outra dimensão considerada foi:

Sugestões de Melhoria – questiona sugestões e opinião pessoal dos inquiridos para melhorar o serviço em questão, e ainda a existência de um “modelo ideal” organizacional para o departamento clínico em questão.

2. Organização e Gestão

“É responsabilidade dos órgãos de gestão promover um bom nível de prestação de cuidados, a humanidade dos serviços e a satisfação dos atletas no serviço, bem como dos profissionais de saúde, devendo ainda assegurar a produtividade e a eficiência.” (IQS 2005)

A análise da categoria Organização e Gestão foi efectuada segundo três critérios ou subcategorias devidamente descritas no quadro seguinte.

Quadro 3 – Analogia da categoria: Organização e Gestão.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Organização e Gestão	Equipas Multidisciplinares	Sua existência; Funções da equipa; Funções do profissional; Circulação da informação.
	Plano de Actividades	Sua existência; Quantificação; Objectivos; Responsáveis; Competências dos Responsáveis; Envolvimento dos Profissionais na Elaboração; Definição de Objectivos.
	Recursos	Financeiros; Humanos; Materiais; Necessidades; Iniciativas.

2.1 Equipas Multidisciplinares

O trabalho em equipa tem vindo a ser considerado indispensável na prestação de cuidados de saúde com qualidade, embora nem sempre tenha tido ampla aceitação por

parte de alguns sectores a implementação de equipas multiprofissionais nos serviços de saúde, não só porque exige a introdução de mudanças em comportamentos e atitudes profundamente arraigados, mas também pelo receio infundado (ou não) de perda de poder perante as zonas de incerteza que isso possa criar.

Contudo, no sector da saúde é exigido aos seus profissionais que detenham um grau académico, técnico e científico elevado e que, em contexto de trabalho, estes profissionais tenham, ao longo do tempo, adquirido uma considerável autonomia profissional.

Como já foi referido na caracterização do contexto do estudo, o departamento clínico está organizado como uma única equipa multidisciplinar com um total de 12 elementos, constituída por 3 médicos, 5 fisioterapeutas, 3 enfermeiros e 1 socorrista.

“É uma equipa constituída por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, que trabalham todos em conjunto para um mesmo objectivo, a recuperação e manutenção do atleta.” (Entrevista CC)

“A equipa é multidisciplinar, uma vez que é formada por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros. Trabalhando todos os elementos desta equipa em função dos atletas da instituição desportiva.” (Entrevista CB)

Todavia, desses 12 elementos, apenas 10 integram as actividades semanais do departamento, sendo que “(...) há dois que só colaboram connosco ao fim-de-semana e feriados nos jogos e nos torneios.” (Entrevista MP)

Dos 10 elementos que integram as actividades semanais, 3 são médicos, logo há 7 profissionais de saúde que integram a equipa de reabilitação – 2 enfermeiros e 5 fisioterapeutas.

“(...) cada um de nós tem a sua equipa e, juntamente com os treinadores, delegados, etc. faz parte de uma equipa técnica. E ao mesmo tempo fazemos todos parte da equipa médica (...)” (Entrevista AM)

Neste contexto, o profissional de saúde acaba por se integrar em duas equipas distintas e de formas diferentes. Por um lado, faz parte de um departamento clínico que

tem as suas próprias normas e condutas de actividade e funcionamento. Por outro lado, está integrado numa equipa técnica que dirige uma equipa desportiva com vista à obtenção de resultados desportivos.

Não existe uma descrição das funções dos elementos da equipa através de linhas de orientação específica ou de protocolos escritos, no entanto como referem alguns dos informantes-chave a prestação de cuidados está assegurada na totalidade.

“(...) todos (...) sabem o que fazer e as suas competências, com um objectivo único que é a recuperação do atleta o mais rápido e o melhor possível.”

(Entrevista HP)

“Não existe descrição das funções da equipa, mas cada um sabe o papel que tem dentro da equipa porque o número de profissionais do departamento é reduzido.” (Entrevista CB)

A prestação de cuidados e a distribuição de tarefas acaba por estar assegurada devido à existência de uma cultura de trabalho organizacional, e não pela existência de normas pré-estabelecidas e descritas.

“(...) com o tempo e com o surgir de novas necessidades, as nossas áreas de intervenção acabaram por se misturar um pouco (...) começou-se a gerar alguma confusão e desorganização, que muitas vezes leva a perda de informações preciosas ou até mesmo a desentendimentos internos.” (Entrevista MP)

“(...) o facto de não termos todos o mesmo horário leva a que, não havendo reuniões periódicas, fiquem assuntos por tratar e alguns casos e tratamentos por debater (...) perde-se informação (...)” (Entrevista MP)

A transmissão da informação não é, em certa medida, controlada nem processada de forma a possibilitar uma continuidade rigorosa dos cuidados. Os processos clínicos revelam-se praticamente como o único meio formal implementado de partilha de informação.

“A informação (...) não (...) é partilhada da melhor forma. Esta apenas é escrita em processos clínicos, que por vezes não estão bem organizados.” (Entrevista CC)

“(...) A informação costuma circular ou ficar registada nos processos dos jogadores, ou nas folhas de tratamento (...)” (Entrevista AC)

“(...) as reuniões (...) que não existem ou são muito raras.” (Entrevista CL)

“(...)a informação passa mais de forma verbal (...) A nível de conversas informais, de colega para colega.” (Entrevista HP)

No entanto, apesar desta lacuna no processamento e transmissão da informação, há um esforço no sentido de reduzir a perda de informação, responsabilizando cada um dos profissionais por uma equipa e escalão de competição específicos.

“Nos juniores é sempre o mesmo fisioterapeuta que acompanha a equipa e normalmente sou eu e outro colega que alternamos nos treinos e nos jogos que seguimos a equipa.” (Entrevista CL)

“Isso é muito importante na transmissão eficaz da informação clínica dos jogadores.” (Entrevista CL)

“A prestação de cuidados de saúde é, cada vez mais, um processo interdependente. Um número crescente de diferentes profissionais ajuda a promover cuidados globais e eficientes. Uma boa articulação entre os vários profissionais torna-se, deste modo, indispensável. A equipa de saúde não deverá ser entendida como uma estrutura de características e dimensão rígidas, devendo antes adaptar-se às necessidades e condicionalismos locais.” (IQS, 2005)

2.2 Plano de Actividades

O plano de actividades contempla os objectivos da instituição e de cada um dos seus departamentos e também os procedimentos e estratégia a adoptar para que esses objectivos possam ser atingidos pelos respectivos departamentos e, por fim, pela instituição.

No que se refere a qualidade, o planeamento das actividades surge como um dos aspectos cruciais para qualquer sistema organizacional e de gestão dos serviços. O plano é um guião onde são comprometidos os recursos exigidos para alcançar os objectivos pretendidos e onde se definem as actividades dos diversos responsáveis, de forma coerente e de acordo com os objectivos em vista, e onde se encontram descritos os métodos de acompanhamento e de recolha de indicadores que permitam efectuar medidas correctivas, se e quando necessário, no sentido da melhoria da qualidade dos serviços e departamentos. O planeamento procura assim definir a missão da organização, os valores que serão seguidos por todos e a visão de onde a organização quer chegar no tempo (Lisboa et al, 2004).

Neste contexto, é essencial que a elaboração do plano de actividades seja antecedida da elaboração do diagnóstico da situação actualizado. O planeamento requer ainda que os principais responsáveis pela organização definam os objectivos estratégicos e a melhor forma de os atingir (Lisboa et al, 2004). No dizer dos autores, para que a organização cumpra os seus objectivos, é necessário contar com todos, ou seja, envolver todos os profissionais.

Ouvir as opiniões dos profissionais, atentar nos seus objectivos e integrá-los nos objectivos da organização, partilhando com eles as informações relativas às alterações que houver necessidade de introduzir, para melhor atingir os objectivos organizacionais e individuais, são aspectos fundamentais no processo organizativo e de gestão que as organizações devem levar em conta para o cumprimento da sua missão. (Sequeira, 2005)

Quando questionados sobre este assunto, os entrevistados revelaram opiniões muito variadas.

Quanto aos objectivos e procedimentos, “(...) estão claramente definidos no início da época, e depois vão-se adaptando consoante o que surge no decorrer da época.” (Entrevista CC)

HP é da mesma opinião:

“No início de cada época, há sempre uma reunião onde são sempre estipulados algumas metas e alguns objectivos(...), marcadas algumas datas para algumas actividades.” (Entrevista HP)

“No início da época é tudo definido de uma maneira muito clara e objectiva. O que não quer dizer (...) que com o decorrer da época haja adaptações consoante os problemas e as necessidades que vão surgindo.” (Entrevista HP)

No entanto, nenhum dos testemunhos confirmou o conhecimento efectivo desse plano de actividades. MP chega mesmo a referir que desconhece o plano de actividades, mas que está consciente dos objectivos do departamento e funções dos seus elementos:

“Eu não tenho conhecimento de plano de actividades nenhum. No entanto eu tenho ideia que cada um de nós está consciente do seu papel e funções dentro do serviço (...)” (Entrevista MP)

Alguns dos testemunhos referem a existência de escalas de trabalho e de desenvolvimento das actividades desportivas, o que pressupõe a existência de um planeamento das actividades.

“(...) são lançadas escalas todas as semanas com os planos dos treinos e jogos das equipas todas. Essas escalas são entregues aos vários departamentos, ao departamento médico, à rouparia, aos motoristas, ao centro de estágio, etc.. Depois cabe a cada serviço organizar-se consoante as necessidades e o pessoal disponível.” (Entrevista AC)

“(...) existe apenas um plano com as datas dos jogos e actividades para os nossos atletas, assim como os dias e horários dos seus treinos. Com base nessas

datas o departamento organiza-se segundo os recursos humanos disponíveis, para poder dar apoio aos jogadores.” (Entrevista CC)

No entanto, não existe um envolvimento dos profissionais nesse planeamento. As actividades são planeadas, e os departamentos são informados em conformidade para se organizarem de forma a responder às solicitações colocadas.

“Nós somos informados das actividades que há, ou seja dos jogos e treinos. E a partir daí cada departamento é responsável pela sua «auto-gestão».” (Entrevista AC)

“Na minha opinião existe um planeamento atempado.” (Entrevista CL)

“Não há uma elaboração rígida do planeamento das actividades. O importante é que sejam cumpridas, que os objectivos sejam assegurados.” (Entrevista CL)

Quanto aos responsáveis pelo departamento clínico, existe um médico coordenador que está claramente identificado e reconhecido. No entanto, as tarefas organizativas encontram-se distribuídas por alguns dos restantes elementos dado que o coordenador apenas se encontra presente no departamento uma vez por semana, no seu dia de consulta.

Esta “ausência”, como indicam os informantes, acaba por gerar alguma desorganização e erros, dado que as tarefas acabam por não estar bem distribuídas ou não são devidamente controladas.

“(…) existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores (...) Nós somos responsabilizados não por aquilo que corre bem, mas se calhar quando alguma coisa corre mal.” (Entrevista MP)

“Surgem problemas na marcação dos jogos, nas escalas de treinos, na requisição de medicamentos. E o problema é que nunca ninguém assume os erros ou é responsabilizado.” (Entrevista AM)

“Estou cá só há um ano e parece-me que há alguma desorganização na atribuição de tarefas e na gestão do serviço com situações simples.” (Entrevista CL)

Saber envolver todos os profissionais em todas as áreas organizacionais e de gestão é uma exigência que se coloca nos dias de hoje a qualquer organização. O envolvimento dos profissionais na elaboração do plano, na definição dos objectivos e na gestão dos serviços contribui para uma melhor comunicação entre os órgãos de gestão e os profissionais, permitindo uma melhor coordenação das actividades e dos actores envolvidos e, ainda, debelar eventuais conflitos de hierarquia e de coordenação por meio de partilha das responsabilidades quanto ao cumprimento dos objectivos estabelecidos. Na medida em que apelam à colaboração das pessoas e pela necessidade do seu envolvimento e audição, contribuem também para um aumento da motivação, dando origem a comportamentos mais participativos e colaborantes, desenvolvendo mecanismos de controlo. A generalidade dos profissionais de saúde sente satisfação e estímulo quando se consideram envolvidos nos destinos da sua área, departamento ou organização, influenciando decisivamente na melhoria da qualidade organizacional dos serviços e na qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, 1998).

Sendo organizar uma forma de distribuir a autoridade, o trabalho e os recursos pelos elementos da organização, de modo que estes possam atingir os objectivos propostos, a nomeação de responsáveis de áreas ou sectores tem de ser acompanhada de adequados níveis de autoridade e poder de decisão e da consequente responsabilização pela prossecução dos objectivos definidos para essa área. A definição clara de competências, funções e deveres evita situações de ambiguidade, desenvolve competências humanas, relacionais e sociais e motiva para o desempenho. A descentralização da tomada de decisão introduz flexibilidade no funcionamento organizacional e garante o empenho dos colaboradores.

2.3 Recursos

Dotar as equipas com os instrumentos e os recursos de que necessitam para fornecer cuidados completos aos atletas pode trazer como consequências positivas a redução dos custos dos processos, o aumento da satisfação dos profissionais e atletas e melhorias no seu estado de saúde e físico. Em suma, aumenta a eficiência e a eficácia dos serviços, as quais se traduzem em melhorias substanciais na qualidade global dos serviços de saúde (Sequeira, 2005).

Analisando agora os testemunhos dos informantes chave em relação aos recursos disponíveis para o funcionamento clínico, todos os entrevistados revelaram existir algumas limitações, a vários níveis, que por vezes condicionam o desempenho do departamento. Em termos financeiros, revelaram não ter conhecimento dos recursos e verbas disponibilizadas.

“(...) quanto aos recursos materiais, parece-me que têm sido suficientes para cobrir as necessidades do departamento (...) Embora por vezes haja uma lotação do posto médico e os fármacos em stock, (...) sejam insuficientes (...) depende das necessidades (...)” (Entrevista MP)

“(...) os materiais (...) têm sido insuficientes para o trabalho que se executa no departamento.” (Entrevista CB)

“(...) os stoks entram em ruptura (...)” (Entrevista AM)

“(...) os recursos humanos são insuficientes, porque por vezes temos de andar a correr de um lado para o outro para podermos dar resposta a todo o nosso trabalho. Os recursos materiais são suficientes quando pedidos com antecedência, quando há atrasos nos pedidos é que entram um pouco em ruptura. Relativamente aos recursos financeiros, não tenho conhecimento.” (Entrevista CC)

Como se pode verificar pelos testemunhos, por vezes surgem situações em que os recursos materiais se revelam insuficientes. Isto acontece devido a uma gestão

interna dos stoks menos rigorosa. Quanto aos recursos humanos, todos os informantes revelaram serem claramente insuficientes. Isto porque existem 13 equipas sob a responsabilidade clínica do departamento e apenas 7 elementos a dar apoio durante a semana (5 fisioterapeutas e 2 enfermeiros), além de dois elementos que realizam jogos ao fim-de-semana (um enfermeiro e um socorrista). É uma situação que se revela difícil de gerir, sobretudo ao fim-de-semana, dado que existem apenas 9 elementos disponíveis para assegurar 13 jogos que podem acontecer em horários e locais muito variados.

“O grande problema é sermos poucos elementos para muitas equipas, logo muitos jogos e muitos treinos. As actividades desportivas do clube não estão centralizadas, ou seja, há treinos em vários sítios ao mesmo tempo. O que faz com que haja uma dispersão das pessoas (...)” (Entrevista AC)

“Relativamente aos recursos humanos, aí sim, considero que haja uma lacuna que deveria ser resolvida (...) existem 13 equipas(...) E somente 9 paramédicos (...)” (Entrevista MP)

“(...) há falta de pessoal paramédico para dar assistência nos jogos durante o fim-de-semana (...)” (Entrevista AM)

“(...)quando a procura é muita, nota-se um bocado a falta de pessoal e às vezes de espaço para tratar tanto atleta.” (Entrevista HP)

A gestão de recursos humanos é, portanto, outra área de grande sensibilidade, e os inquiridos demonstram, nas suas respostas, alguma preocupação neste sentido.

Quanto a promover o espírito de equipa, foram implementadas e concretizadas algumas iniciativas, no entanto, os informantes-chave consideram que deveria haver mais.

Na quadra natalícia, a instituição desportiva, costuma promover um almoço ou um jantar de Natal para todos os seus funcionários e colaboradores e também oferece bilhetes para o circo.

“(...) o espirito de equipa existe (...) devia haver um maior convívio informal.”
(Entrevista AM)

“(...) infelizmente não existe esse tipo de iniciativas no departamento (...) só me recordo do almoço de Natal e dos bilhetes que deram para o circo (...)”
(Entrevista MP)

“(...) esporadicamente surge (...) um jantar ou um almoço de Natal (...)”
(Entrevista HP)

“(...) o clube desportivo em que o departamento clínico está inserido promove apenas o jantar de Natal e alguns almoços antes dos jogos.” (Entrevista CC)

Durante a época desportiva, algumas das equipas, nomeadamente os escalões que se aproximam da profissionalização, realizam um almoço semanal antes da competição.

“Existe sim a nível da equipa que acompanhamos! Todos os sábados antes dos jogos dos juniores, encontramos-nos ao meio-dia para almoçar, andamos um bocado a pé e depois seguimos para o jogo.” (Entrevista CL)

Dentro do departamento clínico, ainda não existem esta cultura e estas iniciativas como revelam os entrevistados.

“No departamento clínico não existe convívio informal. Às vezes vimos cá fora fumar um cigarrinho (...)” (Entrevista CL)

“(...) devia haver um maior convívio informal.” (Entrevista AM)

3. Direitos dos Utilizadores

Os direitos e os deveres dos atletas deverão ser salvaguardados pelo departamento clínico.

“Confidencialidade, privacidade, comportamento ético são valores fundamentais. Todas as pessoas têm o direito e o dever de participar activamente no processo de cura a que tiverem de se sujeitar. Os cuidados de saúde centram-se fundamentalmente na pessoa, nos seus direitos e nas suas necessidades e não nos conceitos que partem dos técnicos, do Estado ou dos financiadores.” (IQS, 2005)

Quadro 4 – Analogia da categoria: Direitos dos Utilizadores.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Direitos dos Utilizadores	Confidencialidade	Informação do Atleta; Profissionais de Saúde Envolvidos (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros).
	Sugestões dos Atletas	Tratamento; Mecanismos de tratamento.

3.1 Confidencialidade

Um dos aspectos mais importantes em qualquer sistema organizacional de serviços de saúde é, sem dúvida, a salvaguarda da dignidade humana. Nestes sistemas sociais, seres humanos tratam de seres humanos e a relação que se estabelece entre utente e profissional é, na maioria das vezes, uma relação de agência que confere ao agente maior capacidade de decisão mercê das informações e conhecimentos que detém. É, na sua essência, uma relação assimétrica (Samuelson, 2005; Castro, 2002), pelo que as organizações ou departamentos de saúde devem criar sistemas organizacionais que garantam a salvaguarda da dignidade e privacidade humana.

“Acho que todos nós temos a responsabilidade de guardar as informações (...) confidenciais (...)” (Entrevista HP)

“(...) está completamente assegurada a confidencialidade.” (Entrevista MP)

“A confidencialidade é sempre respeitada. Por vezes, temos que partilhar a situação clínica do jogador com os treinadores ou com os membros da direcção, dado o contexto em que nos encontramos. Mas isso é feito sem quebrar a confidencialidade dos detalhes médicos e pessoais.” (Entrevista CL)

Relativamente à confidencialidade, todos os informantes chave garantem que esta está assegurada. No entanto, dado o contexto, torna-se necessária a partilha de alguma da informação clínica do atleta com outros departamentos, mas tudo a nível interno, como refere AC:

“(...) alguma informação da situação clínica e desportiva do jogador tem que ser partilhada entre departamento médico e treinadores e mesmo membros da direcção. Mas tudo a nível interno.” (Entrevista AC)

Esta partilha de informação não é efectuada através de reuniões para o efeito, estando sim, integrada nas actividades quotidianas da instituição desportiva. Isto porque é necessário um planeamento atempado das actividades desportivas.

Quanto aos processos clínicos dos atletas, apenas podem ser consultados pelos profissionais de saúde do departamento clínico, estando os detalhes médicos e pessoais salvaguardados, como referem CB e CC:

“(...) toda a informação clínica dos atletas é confidencial. O acesso a essa informação dos processos clínicos é apenas para o pessoal autorizado do departamento médico.” (Entrevista CB)

“(...) é respeitada a confidencialidade de dados pessoais. As informações pessoais que existem, estão guardadas em processos individuais que não podem ser observados por pessoas alheias ao serviço.” (Entrevista CC)

3.2 Sugestões dos Atletas

As reclamações, sugestões e queixas dos utentes devem ser entendidas não como acusações, mas como formas para melhorar o desempenho profissional e da organização. A informação daí recolhida não é despicienda (Neves, 2000). Na medida em que expressa a percepção que os utilizadores têm do serviço que lhes é prestado, que pode ou não ser coincidente com a verdade dos factos, um cabal esclarecimento dos aspectos organizacionais ou profissionais que tenham estado na origem de qualquer dessas formas de participação traz sempre vantagens acrescidas para ambas as partes, ou seja, todos aprendem com isso e daí todos saem a ganhar.

Quanto às sugestões dos atletas, não existe nenhum registo oficial das mesmas, o que leva a que não sejam muito consideradas.

“(...) quando estamos a trabalhar ouvimos e conversamos com os atletas (...) se notamos que há algo que deveria mudar, apresentamos a nossa sugestão ao coordenador do serviço (...)” (Entrevista MP)

“- (...) Isso, de qualquer maneira, depende sempre do bom senso de cada um, e por vezes isso não chega.” (Entrevista MP)

“(...) a ideia que vamos tendo da satisfação dos atletas é mais o feedback que eles nos vão passando no nosso dia a dia quando estamos a tratá-los (...)” (Entrevista HP)

“(...) quando há sugestões por parte dos atletas, elas são ouvidas pelos profissionais e posteriormente comunicadas ao coordenador do departamento clínico. O coordenador perante as sugestões, toma as decisões que entender.” (Entrevista CC)

O respeito pelos direitos do cidadão nas unidades de saúde foi abordado na componente teórica como sendo um dos elementos essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O cidadão e a sociedade são a razão de ser dos sistemas de saúde (WHO, 2000). Levar os indivíduos a ter uma atitude mais

participativa e de maior responsabilização pela sua saúde pressupõe a sua participação no desenvolvimento dos serviços de saúde, a qual se constitui como um factor de grande importância na implementação de melhorias na qualidade organizacional dos serviços de saúde (Neves, 2002; Pisco, 2001).

Também a atitude positiva dos serviços de saúde quanto à salvaguarda dos direitos dos utilizadores, nomeadamente no que se refere ao respeito pela natureza confidencial dos dados médicos e pessoais dos utentes, exerce uma enorme influência na confiança depositada pelos utilizadores nos profissionais de saúde (Reinhardt, 1998) e contribui positivamente para a qualidade dos serviços de saúde.

4. Promoção da Saúde

A promoção da saúde constitui uma das funções do Departamento Clínico.

“É importante priorizar esta actividade, pois constitui o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos cuidados de saúde primários.” (IQS, 2005)

Quadro 5 – Analogia da categoria: Promoção da Saúde.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Promoção da Saúde	Departamento clínico	Cooperação com outros departamentos (mobilização, dinamização, envolvimento); Promoção de ambientes saudáveis (bar, cantina, escola, equipamento); Actividades de educação dirigida a grupos específicos.

A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem, quer por meio da definição de políticas favoráveis à saúde, quer preservando os recursos e criando ambientes e estilos de vida saudáveis, quer ainda, desenvolvendo

competências individuais que permitam adoptar formas pró-activas de promoção da saúde.

Neste contexto, a promoção da saúde é vista como uma componente essencial na organização dos serviços de saúde, seja qual for o seu envolvimento. A assunção de que a saúde não está apenas relacionada com a ausência de doença, mas tem o seu conteúdo ligado à qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos, leva à aceitação de que a saúde é promovida sempre que sejam criados ambientes de apoio físico, social, político, económico e cultural (Sequeira, 2005).

Assim, o moderno conceito de promoção da saúde implica o desenvolvimento de actividades voltadas para os grupos sociais e para os indivíduos, por meio de políticas saudáveis e do esforço da comunidade despendido na busca de melhores condições de saúde.

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem, cada vez mais, orientar-se para a promoção da saúde.

“Há sempre um objectivo geral, que é o rendimento do atleta e a prevenção de lesões.” (Entrevista HP)

“(…) formal ou informalmente, estamos sempre a sensibilizar os atletas e os outros profissionais para a prevenção e promoção da saúde. Nós não actuamos só quando um jogador se lesiona, também temos um papel activo na prevenção.” (Entrevista CL)

“A educação para a saúde é feita pelos profissionais do departamento clínico quando estão em contacto com pessoas de outros grupos.” (Entrevista CC)

“(…) esse é também um objectivo do nosso departamento, uma vez que somos todos profissionais de saúde. Ao lidarmos directamente com as pessoas, estamos sempre na posição de sensibilizar para a promoção de saúde.” (Entrevista CB)

Segundo os testemunhos dos informantes chave, não existe uma política totalmente implementada de promoção da saúde no departamento. Todavia, existe uma sensibilização dos elementos de outros departamentos e também dos atletas neste

sentido. Esta sensibilização acaba por surgir de uma forma natural, sem existirem linhas de orientação específicas para o efeito.

“(...) nós transmitimos sempre recomendações aos atletas e aos nossos colegas de outros departamentos. É esse o nosso trabalho, paralelamente com a nossa intervenção directa.” (Entrevista AM)

“Actividades planeadas não existem. A educação para a saúde no nosso departamento normalmente é feita no dia-a-dia, directamente com os outros profissionais e atletas.” (Entrevista CB)

“(...) também não desenvolvemos este tipo de actividades. No entanto (...) vamos conversando com os atletas e os outros profissionais e vamos dando algumas orientações nesse sentido. Por exemplo, usem este tipo de botas e não o outro, porque é mais propício a entorses (...) ou (...) nesta fase da recuperação o atleta tem que fazer mais alongamentos activos ou tem que treinar com uma coxa elástica. Mais coisas desse género.” (Entrevista MP)

Relativamente à criação de ambientes saudáveis e actividades de educação dirigida a grupos específicos, não estão ainda implementados. No entanto, como defende AC, esse pode ser um dos próximos passos a dar na evolução da prestação de cuidados pelo departamento:

“(...) Existe a tal sensibilização que eu já referi, mas não são situações officinas ou actividades específicas. Acho que este pode ser um dos próximos passos a dar na profissionalização e na formação quer dos jovens jogadores quer dos outros departamentos do clube.” (Entrevista AC)

“Estamos em constante contacto e informamos e passamos alguns conhecimentos, mas não há na minha opinião, essa tal mobilização e dinamização nesse sentido.” (Entrevista HP)

Apesar da importância de que se reveste a promoção da saúde para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, esta é uma das áreas organizacionais em que as

opiniões expressas pelos informantes-chave sugerem a necessidade de introdução de melhorias.

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde, como ficou dito na componente teórica, estando os cuidados de saúde primários numa posição privilegiada para intervir junto das comunidades, incentivando comportamentos e estilos de vida saudáveis.

5. Prestação de Cuidados

Quadro 6 – Analogia à categoria: Prestação de Cuidados.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Prestação de Cuidados	Atendimento	Tempo; Local; Aconselhamento; Serviços mínimos.
	Disponibilidade dos profissionais	Ausência; Informação .
	Organização/Burocratização do Departamento	Normas de funcionamento; Reuniões multiprofissionais; Prescrição de Fármacos e ECD; Registos Clínicos.

5.1 Atendimento

Pela análise da informação recolhida durante as várias entrevistas, pode dizer-se que a prestação de cuidados aos atletas do clube está totalmente assegurada. É assegurada praticamente durante todo o dia, quer no posto médico quer no terreno, durante a realização dos treinos, jogos ou torneios.

Durante as actividades desportivas, seja qual for o escalão, está sempre presente, pelo menos, um elemento do departamento clínico.

“(...) todos os treinos e jogos são sempre acompanhados por um elemento do departamento clínico. E mesmo os treinos dos seniores e juniores, por vezes, por dois elementos, um fisioterapeuta e um médico.” (Entrevista MP)

“Quanto ao atendimento e à prestação de cuidados pode-se dizer que é imediata. Mesmo que não seja por um médico, está sempre presente um fisioterapeuta ou um enfermeiro nas actividades e competições. Nos jogos dos escalões de juniores e seniores há também um médico sempre presente.” (Entrevista CL)

“(...) esta questão é primordial. Não é sequer aceitável que os cuidados não sejam prestados de imediato (...) há sempre alguém do departamento presente nos treinos, jogos e torneios. Há consultas médicas todos os dias da semana, de 2ª a 6ª feira, e os jogadores também têm os nossos contactos de telefone para qualquer emergência. Faz parte do nosso trabalho estarmos disponíveis 24h por dia, embora por vezes seja um pouco chato sermos incomodados no nosso dia de folga, ou fora do horário de trabalho.” (Entrevista AC)

5.2 Disponibilidade dos Profissionais

É também referido pelos elementos do departamento clínico o facto de lhes ter sido disponibilizado individualmente um telemóvel de serviço para estarem contactáveis

ou contactarem outro colega ou serviço quando necessário. Este procedimento ajuda, muitas vezes, na resolução de situações menos graves, permitindo aconselhamento telefónico aos atletas. Naturalmente, para que isto aconteça, tem que haver disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, o que acontece, como podemos confirmar através dos seus testemunhos.

“Todos os atletas têm os nossos contactos telefónicos e sabem que em qualquer altura, em qualquer dia, podem entrar em contacto connosco (...)” (Entrevista HP)

“Sim, os jogadores têm acesso ao telemóvel de trabalho de cada elemento do departamento médico para esclarecimento de qualquer dúvida.” (Entrevista CC)

5.3 Organização/Burocratização do Departamento

Deve ser assegurada a continuidade mesmo na ausência do Médico e para além do Departamento clínico.

“É importante o estabelecimento de compromissos e confiança recíprocas, responsabilizadoras dos prestadores dos diversos níveis. Devem ser criados canais de comunicação próprios e protocolos de articulação que sejam do conhecimento dos funcionários e dos atletas.” (IQS, 2005)

“(...) todos temos orientações que nos foram ditas, mas não existe nada em papel.” (Entrevista CC)

“(...) orientações, existe, mas de uma maneira muito informal. No que diz respeito às lesões mais frequentes, todos nós temos conhecimentos técnicos e científicos e estamos em sintonia, em que nessas tais lesões mais frequentes adoptamos um determinado procedimento comum entre todos.” (Entrevista HP)

Relativamente a orientações clínicas e organizativas, não estão implementados procedimentos ou protocolos específicos a seguir. Existem orientações informalmente implementadas, mas que nem sempre são cumpridas escrupulosamente, como é natural. Como indica CL, isto leva ao desencadear de algumas situações menos agradáveis no serviço.

“As coisas vão funcionando com o bom senso de todos nós. O que por vezes causa alguns conflitos, dado que nem todos pensamos da mesma forma e não existem orientações pré-definidas.” (Entrevista CL)

“As linhas de orientação, os protocolos, orientações ou conjunto de procedimentos, reflectem o conhecimento actual e servem de guias para um bom desempenho. Poderão ser de natureza clínica, administrativa ou outra. Deverão ser sujeitos a permanente aperfeiçoamento e actualização, podendo ser elaborados localmente ou serem utilizados protocolos já validados por outras instituições.” (IQS 2005)

No caso de ausência de um colega, quem o substitui é conhecido por parte dos atletas e dos restantes elementos da equipa técnica, assegurando assim uma continuidade e seguimento do estado clínico e físico dos atletas. Relativamente aos serviços mínimos, que são, unanimemente, considerados pelos informantes-chave, como os treinos, jogos e torneios e também, pelo menos, um elemento no departamento clínico de 2^a a 6^a feira, estão sempre assegurados.

“(…) normalmente, quem tem de faltar tem de pedir a um colega que o substitua e depois informa à equipa que não vai estar presente e quem o vai substituir.” (Entrevista CB)

“Os nossos serviços têm sempre que ficar assegurados. A única situação que se pode aplicar serviços mínimos é no gabinete do departamento. Porque no gabinete podem estar num dia normal mais do que um profissional, mas em caso de substituição pode ficar apenas um, para que se possa assegurar o acompanhamento de todos aos atletas nos treinos e jogos.” (Entrevista CB)

“Serviços mínimos é isso, é estar sempre pelo menos uma pessoa presente quando ocorre um treino ou um jogo.” (Entrevista HP)

“Há sempre esse conhecimento quando é uma situação planeada. Obviamente, que se um de nós adoecer de um dia para o outro, é complicado comunicar isso a todos. Mas são tomadas as medidas necessárias para que os serviços estejam assegurados.” (Entrevista AC)

No entanto, MP refere que não estão totalmente definidos os serviços mínimos. Ou seja, defende a criação de uma escala de serviço para assegurar os serviços mínimos em que haja uma rotatividade quanto à atribuição de tarefas.

“(…) inicialmente entendia-se por serviços mínimos o acompanhamento dos jogos e o acompanhamento dos treinos (...) acho que essa situação ainda não está bem definida (...) não é compreendida por todos. A mim parece-me que é consoante a vontade ou disposição de certos elementos (...) Não há uma norma pré-estabelecida, que eu acho que deveria haver. Bem como ser realizada uma escala de serviço.” (Entrevista MP)

No que respeita às reuniões multiprofissionais, os informantes-chave indicam que estas existem, mas que são muito raras e pouco produtivas. Esta é, segundo os mesmos, uma das situações que necessita de especial atenção e onde existe um grande défice quer a nível interno do próprio departamento quer nas reuniões com os órgãos de gestão.

“(…) existem com alguma periodicidade (...) de vez em quando reunimo-nos (...) para falarmos dos casos (...) Abordamos esses casos nessas tais reuniões.” (Entrevista HP)

“(…) Existem poucas reuniões. Como não há uma centralização (...) dos treinos e das actividades, é muito complicado reunirmos toda a equipa.” (Entrevista AC)

“Reuniões há sempre, mas se calhar não podem ser entendidas como reuniões multiprofissionais internas do departamento. Isto porque nunca estão todos os membros do departamento presentes. Uma vez faltam os médicos porque não podem estar presentes, seja qual for o motivo. Outras vezes, um enfermeiro ou fisioterapeuta porque tem que estar alguém presente num treino ou num jogo que se está a realizar noutro local.” (Entrevista AM)

“Todos os serviços por onde passei têm reuniões de carácter regular para discutir casos clínicos e questões de âmbito interno do serviço. No nosso departamento, durante todo o ano, lembro-me de duas reuniões deste nível (...) o que é muito pouco para um departamento já de alguma complexidade. Há falta de diálogo entre nós, e a inexistência de reuniões é um exemplo disso. (...) Depois surgem os conflitos e mal-entendidos simples que acabam por não ser resolvidos e gerar outras situações mais desagradáveis.” (Entrevista CL)

- “(...) no entanto, admito que este tipo de reuniões faz muita falta. Há algumas situações que poderiam correr melhor se fossem debatidas abertamente por todos.” (Entrevista AM)

As políticas de prescrição de fármacos e de exames complementares de diagnóstico têm-se processado com normalidade, apesar de não existirem procedimentos ou protocolos escritos. Os procedimentos adoptados são do conhecimento de todos os elementos e estão bem implementados.

Quanto aos fármacos, existem algumas reservas no departamento para cobrir as necessidades básicas e, quando necessário, o médico passa uma prescrição para o medicamento ser levantado na farmácia.

“Os medicamentos são prescritos pelo médico, assim como os exames de diagnóstico. Para os atletas do centro de estágio, temos medicamentos em stock que normalmente disponibilizamos, para os outros é passada uma receita para aviarem na farmácia. Quanto aos exames, são realizados numa clínica com a qual o clube tem um acordo.” (Entrevista AM)

“Os fármacos são prescritos pelo médico. Se os tivermos em stock são imediatamente cedidos ao atleta. Não havendo, é passada uma receita para o atleta aviar na farmácia. Quanto aos exames são prescritos, é enviada a prescrição para a direcção do clube para ser aprovada. É marcado o exame pelos serviços administrativos e o departamento e atleta são informados da realização do exame. Eu sei que assim parece muito burocrático, mas chegam a ser marcados exames para o próprio dia ou para o dia seguinte em situações urgentes.” (Entrevista MP)

Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, existe um procedimento a seguir, como indica CL:

“Quanto aos exames, o processo é um pouco mais complexo e controlado, mas acaba por também ser eficaz. O exame é pedido pelo médico, é autorizado pela administração e depois o atleta realiza o exame. A realização dos exames em tempo útil é uma das mais-valias deste sistema. No entanto, não existem ainda orientações específicas escritas para o pedido de elementos complementares de diagnóstico.” (Entrevista CL)

“Bons registos clínicos são essenciais para a continuidade de cuidados, para o desenvolvimento científico e para a protecção médico-legal. Devem possuir informação suficiente para documentar a avaliação, o tratamento, os progressos clínicos e os resultados obtidos. Os registos clínicos individuais devem ser facilmente acessíveis para prestação de cuidados, promoção da saúde, investigação e avaliação da qualidade, tendo em conta os direitos dos cidadãos e a confidencialidade dos dados.” (IQS, 2005)

O sigilo dos dados clínicos e pessoais dos utentes é uma questão de extrema importância, e os profissionais de saúde estão conscientes dessa importância. Garantir a privacidade é um processo que os profissionais começam a assimilar durante a sua fase de formação académica, técnica e científica, e fazem-no como que por *imprinting*. Não surpreende, pois, que esta tenha sido uma das áreas organizacionais mais valorizada pelos profissionais de saúde. (Sequeira, 2005)

Contudo, não devem ser descurados os novos desafios que se colocam aos serviços de saúde para garantir esse sigilo. As novas tecnologias de informação e

comunicação ao mesmo tempo que oferecem grandes oportunidades de inovação também se constituem como fortes ameaças se não forem geridas com rigor.

“(...) só são manipulados por pessoal autorizado (...)” (Entrevista MP)

“(...) são manipulados apenas pelos profissionais do departamento e estão arquivados no gabinete de consulta do médico, que considero um local seguro.”
(Entrevista CB)

“(...) só os funcionários do Departamento Clínico têm autorização para consultar as fichas clínicas do atletas.” (Entrevista AC)

“Sim, só nós, os enfermeiros, os fisioterapeutas e, claro, os médicos é que temos autorização para consultar os registos clínicos.” (Entrevista AM)

Como é possível verificar através dos testemunhos dos informantes-chave, apenas o pessoal médico e paramédico está autorizado a consultar os registos clínicos dos atletas.

A satisfação dos utentes e profissionais tem sido, recorrentemente, utilizada como indicador de qualidade dos serviços, como referido na componente teórica, sendo variados os exemplos de estudos empíricos realizados nessa área que utilizam a satisfação dos utentes e profissionais como forma de medir e, posteriormente, monitorizar a qualidade dos serviços de saúde. Mas, se é importante medir, tão importante é acompanhar a evolução da melhoria da qualidade.

6. Formação Contínua

“A melhoria contínua da qualidade só pode ser atingida com o desenvolvimento e participação de todos os profissionais. A educação contínua e a investigação são indissociáveis deste processo.” (IQS, 2005)

Quadro 7 – Analogia à categoria: Formação Contínua.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Formação Contínua	Avaliação	Departamento clínico; Satisfação; Desempenho .
	Formação Profissional e Contínua	Necessidades; Actividades; Discussão e revisão de casos clínicos.

6.1 Avaliação

Através dos mesmos testemunhos foi também possível verificar que não é feita qualquer avaliação do departamento clínico, ou mesmo avaliação de desempenho, por parte da direcção do clube. Ou se é feita, como indicam alguns dos entrevistados, não é transmitido nenhum *feedback* aos profissionais. Tal como não existe avaliação da satisfação dos profissionais ou dos utilizadores.

“Não é feita qualquer avaliação que eu tenha conhecimento (...) Não existe avaliação de desempenho (...)” (Entrevista MP)

“Não existem esses tipos de avaliações. Pelo menos no nosso departamento. No entanto creio existirem algumas medidas nesse sentido no departamento de prospecção e ao nível dos treinadores. Mas connosco ainda não.” (Entrevista AC)

“Não existe qualquer avaliação dos profissionais. Quando estamos insatisfeitos, aqueles que reclamam, normalmente comunicam com o coordenador do departamento.” (Entrevista CB)

“Há muitas atitudes que são tomadas pelas chefias que me deixam surpreendido. Não percebo como podem tomar algumas dessas atitudes sem terem nenhuma base ou algo concreto que suporte essa decisão.” (Entrevista AM)

Os informantes-chave desconhecem a existência de qualquer avaliação do Departamento Clínico, ou de desempenho dos seus profissionais. Pelo que se tal existe, não é transmitido nenhum *feedback* por parte da direcção do clube.

6.2 Formação Profissional e Contínua

Relativamente à formação profissional e formação contínua, não existe, por parte da instituição, uma política de encorajamento nesse sentido, nem é feito um levantamento das necessidades existentes.

“(...) como não há política, acho que também não há esse levantamento.”
(Entrevista HP)

“(...) não existe esta política, mas devia existir. No entanto somos poucos elementos e já é difícil colmatar a falta por doença, quanto mais por formação. Se bem que é sempre importante...” (Entrevista MP)

Esta situação é justificada por alguns dos informantes-chave com a escassez dos recursos humanos.

“Normalmente, não somos encorajados pela instituição nesse sentido. Mas quando surge uma situação, um curso ou um congresso, tentamos que seja fora dos nossos horários de trabalho. Quando não é possível, arranjamos alguém que nos substitua, um colega. Mas é sempre complicado gerir estas situações, porque somos poucos e há muitas actividades para assegurar.” (Entrevista AC)

AM refere a organização de um congresso de traumatologia desportiva, em que foi solicitada a colaboração do departamento médico neste evento, mas, acrescente, foi uma situação pontual:

“(...) o clube organizou um congresso de traumatologia desportiva e solicitou a nossa colaboração na organização do congresso e também na realização de palestras e workshops. Para isso já houve encorajamento e muito. Eu até sou a favor desse tipo de situações, mas acho que também se deviam divulgar e apoiar outras formações. Este congresso que se realizou contribuiu com uma grande receita para o clube, e teve também muitos patrocínios a nível de material, o que acabou por ser muito positivo para todos.” (Entrevista AM)

Quanto à investigação, não são desenvolvidas nem encorajadas actividades neste sentido.

“A investigação é a base de toda a evolução científica. Torna-se assim crucial incentivá-la a todos os níveis.” (IQS, 2005)

É confirmada a existência de algumas reuniões, como já foi referido anteriormente, mas sem periodicidade regular e pouco frequentes.

“(...) temos as tais reuniões onde são debatidos esses casos mais crónicos, mas se calhar também não são com a periodicidade que deviam ser. Se calhar deviam ser mais regulares.” (Entrevista HP)

“(...) de mês a mês e se calhar há alturas que de 2 em 2 meses. O que no meu entender é pouco (...) às vezes não é possível porque temos que estar todos presentes (...)” (Entrevista HP)

“Já aconteceu (...) estarmos dois meses sem qualquer reunião.” (Entrevista AM)

“Existe, como já disse, falta de diálogo. As reuniões são muito raras (...) claramente insuficientes (...)” (Entrevista CL)

No entanto, apesar do número reduzido de reuniões, CC e CB indicam que há alguma pró-actividade por parte dos profissionais quando surge a necessidade de discutir algum caso clínico específico. Esta situação antevê a necessidade de imprimir periodicidade regular a este tipo de reuniões.

“Sessões clínicas organizadas não existem, os casos apenas são discutidos entre os profissionais quando há dúvidas.” (Entrevista CC)

“Não existe uma sessão clínica marcada, a discussão e revisão de casos apenas surge pontualmente quando existe dúvidas no caso de algum atleta ou caso específico.” (Entrevista CB)

Com base nestes testemunhos, pode dizer-se que esta área da formação contínua é uma das áreas organizacionais a necessitar de uma reestruturação de modo a aumentar o seu nível de qualidade.

Quanto à formação contínua multiprofissional, ela é um dos pilares de sustentação da qualidade dos serviços de saúde, quer esteja ligada à prática clínica, à prática organizacional ou à prática de prestação de cuidados, pois o desenvolvimento da qualidade está intimamente associado à educação contínua e tem como objectivo último a prestação de cuidados optimizados.

No que respeita à investigação científica, esta é uma das fontes para obter qualidade, assim como o envolvimento de todos níveis da organização e informações detalhadas sobre a qualidade e sua monitorização (Garvin and Tropman, 1992).

7. Instalações

“Estruturas adequadas facilitam a prestação de cuidados de saúde e de qualidade, e ajudam a promover a saúde, a segurança e o conforto dos atletas e profissionais. O edifício, as instalações e o equipamento devem ser adaptados às necessidades e devem ser mantidos em boas condições de utilização.” (IQS 2005)

Quadro 8 –Analogia à categoria: Instalações.

Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Instalações	Instalações	Acessos; Sinalização; Áreas específicas; Gabinete médico; Sala de tratamentos; Ginásio; Campo de treino.
	Equipamento/Sistemas de Informação	Tipos de equipamento; Valências; Comunicações; Informática.
	Saúde Higiene e Segurança no Trabalho	Limpeza; Segurança; Material; Lixo.

7.1 Instalações

O ambiente físico onde se desenvolvem as actividades de prestação de cuidados de saúde tem sido relacionado, em diversos estudos empíricos, com o grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde. As melhores condições físicas dos espaços correspondem a mais elevados graus de satisfação, sendo o inverso também verdadeiro.

Em relação à acessibilidade, o departamento clínico *“Está bastante acessível a todos os atletas lesionados”* (Entrevista HP), tal como indica HP e os outros informantes-chave.

O parque de estacionamento situa-se mesmo em frente do departamento; no entanto, os atletas que têm de se deslocar em transportes públicos, têm que andar um pouco mais, não existindo nenhuma viatura disponível para os transportar.

“Para os lesionados, que têm boleia até ao departamento têm boas condições, no entanto para aqueles que só têm a possibilidade de ir de transportes públicos, os acessos são mais complicados porque o departamento fica longe de transportes públicos e não existe nenhum carro disponível para transportar esses atletas da paragem dos transportes até ao departamento.” (Entrevista CB)

“O parque de estacionamento é mesmo à frente do posto médico. Mas se for um jogador que vem de metro ou de autocarro, ainda tem que andar uns 5 minutos até chegar ao posto médico.” (Entrevista AC)

“(…) dois degraus que existem à entrada, mas que são facilmente transponíveis. Portanto, o parque de estacionamento fica mesmo à frente do departamento.” (Entrevista MP)

Relativamente à sinalização dos locais e áreas específicas, estas não se encontram sinalizadas. Existem duas salas de tratamento, um consultório médico e um ginásio. As áreas não são muito grandes e os informantes-chave indicam existir alguma falta de espaço, nomeadamente nas alturas de maior afluência ao posto médico, ou seja, nas horas de treino e consulta médica.

“Quanto ao espaço, durante a maior parte do dia é suficiente, mas entre as 17h30 e as 19h torna-se pouco. Acho que podemos dizer que a essa hora é a «hora de ponta» no posto médico. Quer por causa das consultas, quer porque é a hora a que começam várias equipas a treinar ao mesmo tempo e os jogadores vão fazer algum curativo ou preparação para o treino.” (Entrevista AC)

“(…) o espaço não é muito grande também é difícil perderem-se (…) o espaço é pequeno, as instalações são antigas.” (Entrevista MP)

“O consultório médico é um espaço muito pequeno (…)” (Entrevista CL)

Outro facto que causa alguma perturbação no funcionamento do posto médico é a não existência de uma sala de espera ou de um local apropriado para esse fim, onde os atletas possam aguardar a sua vez de consulta ou tratamento, bem como de gabinetes que confirmem alguma privacidade ao atleta que está a ser recuperado, tal como defendem CL, AM e CB, respectivamente.

“Não existe um local onde os jogadores possam aguardar a sua vez. Isso leva a que em determinadas situações haja muito barulho e confusão no posto médico. Isto porque, normalmente, os jogadores esperam na própria sala de tratamento.” (Entrevista CL)

“(…) normalmente na hora da consulta o posto médico fica com o ambiente um pouco descontrolado. São uns à espera da consulta, outros que sejam tratados, a juntar já aos que estão a fazer tratamento.” (Entrevista AM)

“Relativamente à sala, não há privacidade para o atleta, pois existem 4 marquesas lado a lado sem qualquer tipo de separação.” (Entrevista CB)

7.2 Equipamento/Sistemas de Informação

Os testemunhos, em relação ao equipamento utilizado na recuperação do atleta, revelaram que o departamento clínico tem as condições reunidas para o desenvolvimento das actividades na prestação de cuidados de saúde.

“O equipamento já é um bocado antigo (...) neste momento temos duas máquinas de TENS e correntes a funcionar, temos um aparelho de laser e um ultra-som. Há também um aparelho simples de pressoterapia, a parafina que raramente é utilizada. As máquinas de musculação para o fortalecimento, na fase final das recuperações.” (Entrevista AC)

“O espaço é bem aproveitado. Há sete marquesas. Quatro para electroterapia, uma para laser e duas para outras situações menos específicas, como massagem, ultra-sons, ligaduras, pensos, etc.. O próprio atleta acaba por estar sempre a desenvolver uma parte do tratamento (...)” (Entrevista AM)

“(...) de uma maneira geral não estamos mal servidos, tendo em conta a realidade em Portugal. Já passei por muitos clubes que certamente gostariam de ter as condições que nós temos.” (Entrevista AM)

“Estão bem organizadas em termos de equipamento e em número certo para quantidade de atletas que têm necessitado de tratamento.” (Entrevista CC)

“Quanto ao equipamento para a realização dos tratamentos de fisioterapia e para a recuperação dos atletas, parece-me adequado.” (Entrevista CL)

Quanto ao sistema informático e de comunicações, o cenário é outro, apesar de já existir um computador com ligação à internet no departamento clínico, no consultório médico. Este computador ainda não é muito utilizado, dado ser uma aquisição recente.

Quanto a telefone e fax, não estão disponíveis no departamento, mas pode ter-se acesso a eles no edifício ao lado do departamento clínico. No entanto, foi fornecido a todos os elementos do departamento clínico um telemóvel, como já foi referido.

“Não temos telefone nem fax. Mas já temos uma fotocopiadora, o que já nos facilita o trabalho. O computador já tem internet, mas não é muito utilizado.”
(Entrevista AM)

“O sistema informático começámos a usar agora há pouco tempo (...) por isso ainda não está muito operacional.” (Entrevista HP)

“(...) temos apenas um computador que ainda não tem muito uso clínico (...) temos acesso à internet através do único computador e é cedido um telemóvel de trabalho a cada elemento do departamento clínico.” (Entrevista CC)

“O sistema de comunicações funciona por telemóveis fornecidos pela instituição desportiva a todos os profissionais.” (Entrevista CB)

7.3 Saúde Higiene e Segurança no Trabalho

Garantir condições de saúde, higiene e segurança no trabalho a todos os profissionais é um imperativo legal, justificado pela inter-relação e interdependência entre trabalho e saúde.

A multiplicidade e a diversidade dos problemas em jogo impõem que a salvaguarda da saúde dos profissionais seja feita com carácter interdisciplinar e pluriprofissional, tendo em conta o contexto social em que a prática profissional de desenvolve, com todos os conflitos e contradições que permanentemente o caracterizam e que, muitas vezes, conduzem a uma depreciação desse valor essencial que é a saúde dos trabalhadores (Uva e Faria, 1992).

O conceito que se tem vindo a desenvolver nos últimos tempos tende a perspectivar o trabalho como elemento promotor de saúde e não como algo penoso, produtor de doença e incapacidade física e mental. Reflexo disso são as orientações que constam na Declaração do Luxemburgo (1997) as quais se referem ao local de trabalho como um espaço privilegiado para a manutenção e a promoção dos níveis de saúde e do bem-estar das pessoas, apelando para a congregação de esforços por parte de

empregadores, de trabalhadores, e da sociedade em geral, no sentido de assegurarem o direito à vida e à integridade física e psíquica enquanto trabalham. Esta tarefa pode ser alcançada combinando estratégias que visem a melhoria das organizações e do local de trabalho, a participação activa de todos os actores envolvidos no processo produtivo e o incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, de modo a adquirirem conhecimentos e competências que lhes proporcionem a aplicação de boas práticas no desempenho das suas tarefas. (Sequeira, 2005)

Em termos de saúde, higiene e segurança no trabalho, não estão reunidas todas as condições segundo indicam os informantes-chave, que também apontam algumas situações específicas.

“Reunidas todas as condições, certamente que não estão, mas tendo em conta outros clubes por onde já passei e também conversa com colegas, não estamos mal servidos.” (Entrevista AC)

“(...) não tenho conhecimentos específicos de quais são as normas de saúde, higiene e segurança no trabalho. Mas (...) acho que não estão reunidas essas condições.” (Entrevista CL)

“A limpeza para mim não tem sido bem feita, o que me leva a dizer que as condições de higiene e saúde não são boas. Relativamente à segurança no trabalho, não há qualquer indicação de como agir em situação de emergência, e deveria haver, porque lidamos com aparelhos ligados a corrente eléctrica, correndo o risco de um curto-circuito ou outra situação de emergência.” (Entrevista CB)

“Relativamente à saúde e higiene, ela falha na manutenção do espaço de trabalho em termos de limpeza geral e do ar condicionado . A segurança no trabalho peca em termos de não existir equipamento para intervenção em caso de acidente, como por exemplo (...) um extintor (...)” (Entrevista CC)

Os testemunhos dos informantes-chave relativamente às instalações e equipamentos, mostram que eles consideram haver qualidade nesta área, revelando a

necessidade de algumas melhorias pontuais, nomeadamente na área de saúde higiene e segurança no trabalho.

8. Sugestões de Melhoria

Quadro 9 – Analogia à dimensão/categoria: Sugestões de Melhoria.

Dimensão/Categoria	Subcategoria	Ideias chave em análise
Sugestões de Melhoria	Departamento Clínico	Sugestão; Melhorar; Funcionamento.
	Intervenção	Modelo “Ideal”

8.1 Departamento Clínico

A introdução desta dimensão no estudo teve como objectivo identificar quais as principais dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde deste departamento clínico em relação à qualidade organizacional.

Quando questionados sobre as melhorias a introduzir no departamento a nível organizacional, todos os entrevistados focam uma questão fundamental: as reuniões multidisciplinares. De facto, como pudemos verificar, existe uma certa falta de comunicação entre os profissionais de saúde do departamento clínico, a qual, em grande parte, se deve à inexistência de reuniões periódicas que possibilitam discutir casos clínicos e questões relacionados com a organização do serviço.

“(...) Acho que deviam ser mais periódicas entre o pessoal, de forma a agilizar às vezes pequenos pormenores que surgem (...)” (Entrevista HP)

“E outra questão que considero fundamental, se não a mais importante, e volto a referir, são as sessões clínicas. Uma vez por semana, pelo menos, deviam-se

reunir todos os elementos do departamento para falar e debater questões clínicas organizativas e outras que sejam pertinentes na altura.” (Entrevista MP)

“Um deles é a existência de reuniões periódicas com todos os elementos do departamento. Mesmo que não sejam semanais, que seria o ideal, pelo menos quinzenais. Não existem serviços perfeitos, mas o que pode e deve existir é vontade de melhorar e de fazer as coisas melhor. Isso consegue-se através do diálogo, que acaba por estar, de certa forma, inibido pela inexistência de reuniões.” (Entrevista CL)

“Também não há muitas reuniões, como eu já referi. Acho que as reuniões também iriam enriquecer o nosso trabalho porque levam a discussão de situações, no bom sentido da palavra, e aos poucos poderíamos ir corrigindo determinadas situações mais pontuais ou mesmo regulares.” (Entrevista AC)

“Deveriam de existir orientações gerais descritas para os procedimentos efectuados no posto médico. Um escala afixada com quem trabalha e onde trabalha. E também deveriam ser organizadas reuniões clínicas, no mínimo mensalmente para discussão de casos clínicos e situações do departamento, de modo ao serviço ser melhorado.” (Entrevista CC)

CC refere também que deveriam estar descritas orientações gerais para os procedimentos do departamento clínico. Existe um *placard* onde são afixadas informações e as escalas de serviço; no entanto, nota-se alguma insatisfação por parte de alguns dos entrevistados no que se refere a essas escalas, nomeadamente na rotatividade e na atribuição das tarefas.

“Durante a semana, também acho que devia ser feita uma escala para quem faz os treinos fora do posto médico. Senão acontece como tem acontecido que são sempre os mesmos a ser prejudicados e a ir pró frio e prá chuva. Eu não concordo com isso.” (Entrevista AM)

“Quanto aos treinos e jogos, deveria haver uma escala pré-definida que não prejudicasse nenhum de nós. Isto porque todas as semanas chega uma escala ao posto médico que é preenchida e completada pelo subcoordenador, e eu acho que há algumas pessoas que são, na maior parte das vezes, prejudicadas. Nem todos temos o mesmo tratamento (...)” (Entrevista AC)

Outra situação abordada por todos os entrevistados prende com a disponibilidade de recursos humanos, nomeadamente durante o fim-de-semana, ou seja, quando há jogos e torneios. No entanto, esta situação depende dos recursos disponibilizados pela direcção.

Como já foi referido, existem 9 profissionais de saúde disponíveis para acompanhar as actividades desportivas de 13 equipas distintas. Destes 9 profissionais, 7 trabalham durante a semana no departamento clínico e 2 constituem uma espécie de “taskforce” que asseguraram os serviços nos dias de jogo. Assim, existe já uma sensibilização de que os 7 elementos não têm possibilidade de assegurar todas as actividades desportivas, no entanto, a existência desta “taskforce” apresenta-se ainda como insuficiente para alguns dos entrevistados.

“(...) o facto de sermos poucos a acompanhar muitos jogos nos desgasta muito e acaba por desmotivar. Se fossem integrados mais 2 ou 3 colegas para dar apoio nos jogos e nas actividades de fim de semana, as coisas já melhorariam bastante. Isto tendo em conta que as actividades do clube acabam por estar descentralizadas.” (Entrevista AC)

“Antes de mais, colocar mais paramédicos a realizar os treinos e os jogos. Todos temos família e acabamos por estar muito sobrecarregados ao fim de semana com 2, 3 ou 4 jogos em apenas dois dias. Sem descanso (...)” (Entrevista AM)

“E como já referi também, eu acho que deveriam ser integrados, pelo menos, mais 2 ou 3 elementos na equipa para assegurar, pelo menos, o acompanhamento destes jogos.” (Entrevista MP)

Alguns dos profissionais de saúde também defendem, a criação de uma sala de espera para os atletas, enquanto aguardam a consulta ou o tratamento.

“Outra situação é não haver uma sala de espera ou um local apropriado onde os jogadores possam aguardar a sua vez para a consulta ou tratamento. Entram todos ao mesmo tempo no posto médico o que acaba por prejudicar o serviço. Muitas pessoas, muito barulho, num espaço que por si só já é pequeno.”
(Entrevista CL)

“Também acho que deveria haver uma sala de espera para os jogadores que estão à espera de consulta ou de tratamento. Principalmente naquele horário que eu referi que é o mais crítico.” (Entrevista AC)

8.2 Intervenção

No que diz respeito à questão do modelo ideal, as respostas dos informantes-chave sugeriram que estes já estão, de certa forma, adaptados ao esquema organizacional em que funciona o seu departamento. No entanto, deixaram transparecer algumas situações consideradas como enriquecedoras para o funcionamento do departamento clínico em estudo.

“Eu não sou um idealista. Seja qual for o modelo adoptado, tem sempre, pelo menos, um calcanhar de aquiles (...) mas, como acabei de dizer, se existissem reuniões regulares onde pudéssemos discutir determinadas situações e manifestar a nossa opinião, procurando soluções para a resolução dos problemas, já era mais um passo dado na melhoria do funcionamento do departamento. As reuniões só não chegam, depois teríamos que implementar as decisões tomadas, mas primeiro temos que nos reunir.” (Entrevista CL)

Este testemunho de CL revela, também, que os profissionais não se sentem ouvidos nem envolvidos na organização e gestão do serviço e sugere, ainda, não existir vontade de quem gere para que isso aconteça.

“Se existe modelo ideal, não sei. Sei que o desta instituição é um modelo bastante prático e exequível.” (Entrevista HP)

“E modelo ideal, na minha ideia, é todo aquele modelo que chega-se ao fim do ano e faz-se uma avaliação positiva onde as pessoas trabalham com gosto e os atletas são recuperados bem. Tudo isso vai convergir num modelo ideal.” (Entrevista HP)

“Eu acho que o modelo que temos actualmente não está mal, ou pelo menos não me parece mal. Claro que há procedimentos que são fundamentais para o funcionamento de uma equipa que ainda não estão implantados na nossa (...)” (Entrevista MP)

Os vários entrevistados acabaram por ser evasivos quando lhes foi colocada a questão do modelo ideal. No entanto, reforçaram a questão relativa às sugestões mencionadas anteriormente.

No fundo, a proposta de um “modelo ideal” acaba por ser uma situação utópica e a sua definição difícil de efectuar.

“É complicado definir um modelo ideal. Eu acho que não há modelos ideais, as pessoas cometem erros (...) errar é humano. O que podemos fazer é tentar minimizar esses erros, criando alguns procedimentos e normas de funcionamento que prevejam e antecipem determinadas situações. Procurando criar um bom relacionamento entre colegas. Criando rotinas, estabelecendo escalas de trabalho mais justas (...)” (Entrevista AC)

Em termos organizacionais, o “modelo ideal” passa por uma política organizacional que permita uma constante adaptação do serviço às necessidades que vão surgindo. Para isso, é necessário que exista uma avaliação desse mesmo serviço e forma de definir o ponto da situação actual, sejam quais forem os momentos e circunstâncias.

“A falta de pessoal para fazer os jogos também é uma situação que se fosse colmatada viria a resolver muita coisa. Mas isso implica mais custos para pagar o trabalho. Sim, porque nós podemos fazer um jogo ou três jogos e recebemos o mesmo.”

Não há qualquer tipo de compensação ou incentivo. Por isso é que não lhes interessa contratar mais pessoas para esse trabalho. São situações complicadas, e que é difícil alterar.” (Entrevista AM)

Alguns dos informantes-chave referiram-se, novamente, à gestão de recursos humanos do departamento clínico como insuficiente.

Foi possível identificar áreas organizacionais que podem ser classificadas em três grupos distintos, de acordo com os “níveis de qualidade organizacional” percebidos pelos profissionais de saúde, como a seguir se apresentam, em jeito de síntese:

Quadro 10 – Áreas organizacionais a necessitar de melhorias significativas da qualidade.

Organização e Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão • Gestão de recursos humanos • Protocolos e linhas de orientação específicos de natureza clínica e organizativa
Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de ambientes saudáveis
Prestação de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões multiprofissionais • Registos clínicos
Formação Contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação – departamento, desempenho e satisfação dos profissionais e utilizadores • Levantamento das necessidades em matéria actividades de formação profissional e contínua • Discussão e revisão de casos clínicos • Incentivos à investigação
Instalações	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço para o desenvolvimento das actividades • Saúde, higiene e segurança no trabalho

Quadro 11 – Áreas organizacionais a necessitar de melhorias da qualidade

Organização e Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento das actividades • Definição clara dos responsáveis por determinadas áreas e competências desses mesmo responsáveis • Reuniões periódicas para partilha da informação e discussão de casos clínicos
Direitos dos Utilizadores	<ul style="list-style-type: none"> • Sugestões dos atletas
Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperação com outros departamentos
Prestação de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de funcionamento • Prescrição de fármacos e exames complementares de diagnóstico
Formação Contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de actividades de formação profissional e contínua
Instalações	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveitamento máximo dos recursos disponibilizados (informática, internet, outros)

Quadro 12 – Áreas organizacionais com boa qualidade

Organização e Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Equipas multidisciplinares • Envolvimento dos profissionais na “autogestão” do departamento
Direitos dos Utilizadores	<ul style="list-style-type: none"> • Confidencialidade
Prestação de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento: local, aconselhamento, serviços mínimos • Disponibilidade dos profissionais de saúde
Instalações	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento necessário às actividades • Áreas específicas para as diferentes actividades

Capítulo IV – Considerações Finais e Recomendações

1. Nota Inicial

“Há evidência de grandes variações na qualidade da prestação de cuidados de saúde. Por outras palavras, não é certo que os actos prestados pelos profissionais de saúde estejam sempre de acordo com as melhores práticas.”

Paulo Kuteev-Moreira, in Seminário Económico de 09-12-2004

A qualidade é um conceito difícil de definir. Todos nós temos uma opinião e percepção sobre o que é qualidade e qualidade relacionada com a saúde, quer pelas nossas vivências e experiências passadas, quer como profissionais de saúde, quer como utentes, ou mesmo por situações que nos são relatadas e partilhadas no nosso dia-a-dia por terceiros. A qualidade não é um valor absoluto e pode ter vários significados, consoante o contexto em que se aplica. É neste sentido que a sua medição e avaliação é extremamente difícil e delicada. Já dizia Kitchenham que qualidade *“era difícil de definir, impossível de medir e fácil de reconhecer”*, principalmente na sua ausência. Ou seja, é mais fácil reconhecer a falta de qualidade.

Em termos gerais, pode considerar-se que a qualidade consiste no equilíbrio entre a satisfação dos utentes, dos profissionais e dos financiadores/gestores. Todavia, este equilíbrio é extremamente difícil de alcançar. Os financiadores/gestores pretendem obter resultados que lhes permitam recuperar os seus investimentos e obter o rendimento máximo. Muitas vezes isso colide com as necessidades dos que prestam e recebem os cuidados de saúde. Os profissionais prestadores dos cuidados de saúde vêem-se, frequentemente, perante cenários em que têm que exercer a sua função perante determinadas limitações materiais, espaciais, humanas, o que muitas vezes vai contribuir para uma menor qualidade do serviço prestado. Os utentes, por sua vez, vão ser o “alvo” dessa deficiente prestação de serviços, reconhecendo a sua ausência de qualidade.

Contudo, assiste-se neste momento em Portugal, desde a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) em 1999, a um esforço crescente na promoção da melhoria contínua do desempenho na prestação de cuidados de saúde.

As últimas décadas têm sido caracterizadas por inúmeras mudanças no nosso sistema de saúde, conduzindo a uma crescente e dinâmica abertura dos serviços aos cidadãos. Reflexo disso são a realização de mais cirurgias, mais consultas externas e de

ambulatório, o ênfase dado à política do medicamento ou à criação da rede de cuidados continuados, que permite ao utente ter acesso a cuidados mais especializados em tempo útil. Estas mudanças possibilitaram um aumento da produtividade, acessibilidade e qualidade na prestação dos serviços de saúde. No entanto, para atingir um bom nível de qualidade nos serviços prestados aos utentes, torna-se necessário ultrapassar determinadas barreiras, tais como a não tomada de decisão em tempo útil, a desorganização, a burocracia, a desresponsabilidade e a apatia face aos problemas dos utentes.

“Infelizmente, ainda temos muitos casos em que o sistema se revela mais preocupado em gerir a satisfação das suas necessidades internas do que em responder às necessidades e às aspirações dos utentes.” (Carlos Martins, Secretário de Estado da Saúde, 2005)

Como já foi referido, para haver qualidade, deverá existir um equilíbrio entre a satisfação dos utentes, dos profissionais e dos gestores. Esse equilíbrio deve, na minha opinião, ser alcançado seguindo essa mesma ordem, ou seja: inicialmente são satisfeitas as necessidades dos utentes, progressivamente, as dos profissionais e, finalmente as dos gestores. Todavia, é imprescindível que os gestores tenham os seus objectivos cumpridos e assegurados para que haja uma continuidade das actividades.

Figura 5 – Equilíbrio para obtenção da qualidade (Adaptado de Martin, 2004).



Resumindo, para se falar de qualidade em saúde é necessário uma maior acessibilidade e melhoria do estado de saúde para os utentes, melhor capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos para os profissionais de saúde e, por fim, uma rentabilidade dos investimentos e obtenção dos resultados desejados por parte dos gestores.

2. Considerações Finais

A qualidade organizacional do departamento clínico de uma instituição desportiva assume-se, neste trabalho, como a problemática da pesquisa e a sua análise e descrição constituem a finalidade do estudo, com base nas percepções, opiniões e relatos expressos pelos profissionais de saúde que nele exercem funções.

Um dos conceitos teóricos mais abordados neste estudo está relacionado com a natureza multidimensional da qualidade, para a qual contribuem múltiplos factores (Pisco, 2001), estruturais e humanos, sendo os estruturais passíveis de ser medidos, enquanto os humanos, como sejam as competências humanas, relacionais e sociais dos actores envolvidos no processo, se mostram de mais difícil mensuração.

Através da análise efectuada às entrevistas recolhidas, verificamos que os profissionais de saúde valorizam mais determinadas “áreas da qualidade” do que outras. As respostas dos informantes-chave às entrevistas efectuadas acabaram por se revelar consideravelmente homogéneas, no sentido em que grande parte das dificuldades sentidas e referenciadas, ou seja, a identificação de falta de qualidade foram, em muito, idênticas.

De acordo com os vários testemunhos, o trabalho em equipa foi uma área organizacional que os profissionais de saúde defenderam como sendo de qualidade. Isto deve-se ao facto de serem detentores de qualificações académicas, técnicas e científicas que lhes permitem a integração em equipas pluriprofissionais com auto-responsabilização e com poder para resolver as situações que lhes surgem relacionadas com a sua actividade, aumentando os níveis de motivação e satisfação. De facto, o seu trabalho revela-se fundamental para o sucesso desportivo dos atletas, da equipa técnica e da instituição desportiva.

No que respeita ao trabalho em equipa, os profissionais de saúde salientam o facto de interagirem e de se integrarem quer na equipa clínica que constitui o departamento clínico, quer na equipa técnica que tem a seu cargo o rendimento e obtenção de resultados de uma equipa ou grupo desportivo.

Esta situação acaba por contribuir para o aumento dos índices de motivação do profissional de saúde dado que este se integra em duas equipas distintas e de formas diferentes. Por um lado, faz parte de um departamento clínico que tem as suas próprias normas e condutas de actividade e funcionamento, por outro, está integrado numa

equipa técnica que, por sua vez, dirige uma equipa desportiva com vista à obtenção de resultados desportivos.

Todavia, não existem linhas de orientação ou protocolos escritos quanto à definição das funções dos profissionais de saúde e da equipa, facto que é pouco valorizado pelos informantes-chave pois todos conhecem as suas competências e funções.

Ao nível da organização e gestão, os resultados do estudo sugerem que os profissionais de saúde consideram os aspectos relativos ao planeamento das actividades uma área a necessitar de melhorias da qualidade.

O planeamento das actividades é abordado na componente teórica como um dos elementos fundamentais para o cumprimento da missão de qualquer organização, na medida em que congrega os elementos nobres de um processo de gestão (Lisboa et al 2004).

O contributo dado pelo envolvimento dos profissionais do departamento clínico no planeamento das actividades não é explícito, pelo que deve ser repensado pelos órgãos de gestão da instituição, com a necessária introdução de melhorias significativas, as quais devem contemplar o envolvimento dos profissionais na elaboração do respectivo plano de actividades, na elaboração dos objectivos e numa gestão responsável do departamento clínico em questão.

É referido por alguns dos informantes-chave a “auto-gestão” dos departamentos da instituição consoante as necessidades e também uma distribuição de tarefas nessa “auto-gestão”. Logo, o que parece faltar é uma responsabilização dessa “autogestão” e um maior envolvimento de todos os profissionais nesse processo.

O envolvimento de todos os profissionais de saúde no destino do seu departamento é crucial para qualidade do serviço prestado. O conceito que tem sido desenvolvido sobre qualidade reconhece ser fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde haver uma ampla participação de todos os intervenientes no processo organizacional e de gestão. Para tal, é necessário concentrar o esforço organizacional na procura contínua da satisfação das necessidades dos atletas, dos profissionais, dos gestores e, por fim, da instituição desportiva.

De acordo com a análise efectuada, verifica-se que os profissionais não participam nas actividades de organização e gestão, constituindo-se uma das áreas organizacionais em que as opiniões dos informantes-chave sugerem a necessidade de introduzir melhorias significativas, por se tratar de uma área vital para o bom

funcionamento do departamento clínico, para o desenvolvimento das diversas actividades e para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

A disponibilidade de recursos, sejam materiais ou humanos, afigura-se como uma das áreas organizacionais a necessitar de maior atenção tendo, em conta os testemunhos recolhidos.

Foram referidas situações em que os recursos materiais e humanos se revelam insuficientes. A gestão de recursos humanos é referida várias vezes, ao longo das entrevistas, como uma área bastante sensível e carente, sendo considerada, de uma forma homogénea, como insuficiente para a realização das tarefas e actividades existentes. Esta situação compromete a motivação e o desempenho dos profissionais de saúde.

No que respeita a iniciativas para promover o espírito de equipa, são referidas algumas situações pontuais desenvolvidas pela instituição desportiva contudo, os entrevistados consideram que deveriam ser criadas condições propícias ao desenvolvimento de um maior convívio informal entre os profissionais.

A confidencialidade dos detalhes clínicos e pessoais dos utilizadores é, em qualquer sistema organizacional de serviços de saúde, um dos aspectos mais importantes.

De acordo com isto, esta área organizacional é valorizada pelos profissionais de saúde como sendo de qualidade salvaguardado, no entanto, o contexto em que se encontram. Isto porque, por vezes, se torna imperativa a transmissão e partilha de informação do estado clínico e físico do atleta, tendo em conta os seus objectivos desportivos pessoais, os da equipa onde se encontra integrado e os da instituição desportiva.

Quanto à confidencialidade dos detalhes médicos e pessoais e aos processos dos atletas, os profissionais reconhecem, de uma forma homogénea, estar assegurada.

No que diz respeito às sugestões e satisfação dos atletas não existe levantamento nem tratamento das mesmas.

A promoção da saúde é vista como uma componente essencial na organização dos serviços de saúde, seja qual for o seu envolvimento. No âmbito desta investigação, esta área assume uma importância fulcral dado o seu contexto – os atletas procuram otimizar o seu rendimento desportivo e isso não é possível sem que estejam integrados em ambientes saudáveis e sem que haja uma sensibilização de todos os intervenientes da equipa desportiva para a promoção da saúde.

De acordo com os testemunhos recolhidos, verificamos não existirem linhas de orientação nem protocolos específicos para que se desenvolvam políticas e actividades de promoção da saúde junto dos atletas e de outros departamentos do clube. Todavia, existe já uma sensibilização neste sentido, sugerindo que os elementos do departamento clínico estão conscientes da importância desta questão, dado que os serviços de saúde devem, cada vez mais, orientar-se para a promoção da saúde.

No que respeita à promoção da saúde, apesar de se tratar de uma área que os profissionais de saúde valorizam e relativamente à qual começa a haver uma certa sensibilização, exige o desenvolvimento de programas e actividades específicas para ser totalmente implementada e optimizada.

A prestação de cuidados foi uma área organizacional bastante valorizada pelos profissionais de saúde, verificando-se, contudo, algumas áreas a necessitar de melhorias.

Quanto ao atendimento, os profissionais consideram que é uma mais-valia do serviço prestado, dado haver sempre um elemento do departamento clínico presente durante as actividades desportivas, os serviços mínimos estarem sempre assegurados e haver possibilidade de atendimento e aconselhamento por telefone.

Relativamente à organização e burocratização do departamento há algumas áreas que revelam a necessidade de introdução de melhorias, na perspectiva dos profissionais de saúde, nomeadamente linhas de orientação ou protocolos escritos quer de natureza clínica quer organizativa.

Quanto à questão relativa às reuniões multiprofissionais, os testemunhos descrevem que elas existem, mas que são claramente insuficientes.

Outra área organizacional cujos atributos os profissionais de saúde mais valorizam diz respeito à confidencialidade, acessibilidade e segurança dos registos clínicos. Segundo as entrevistas realizadas, estes registos apenas são manipulados por pessoal autorizado.

Na categoria de formação contínua é possível, através dos testemunhos dos profissionais de saúde, retirar a ilação de que se trata de uma das áreas organizacionais que apresenta uma maior carência a todos os níveis. Não existe, ou desconhece-se a existência de qualquer avaliação do departamento clínico, do desempenho dos seus profissionais de saúde e do nível de satisfação destes. Também não existe nenhuma política de encorajamento por parte da instituição relativamente à formação profissional e formação contínua, bem como a actividades de investigação.

Nas áreas organizacionais incluídas na categoria instalações e equipamentos, os entrevistados revelaram, em relação ao ambiente físico onde se desenvolvem as actividades, que, apesar de acessível, o espaço se torna pequeno dada a afluência de atletas ao departamento clínico. Não existe um local apropriado onde os atletas possam esperar a sua vez de ser atendidos, o que acaba por dificultar as actividades clínicas nas horas de maior movimento do departamento. Refere-se também a inexistência de gabinetes que confirmam privacidade no atendimento.

Quanto aos equipamentos terapêuticos para a recuperação dos atletas, ficou evidente que o departamento clínico em causa reúne as condições necessárias para actuar sobre a população a que dá apoio. No que diz respeito ao sistema informático e de comunicações, nota-se ainda alguma renitência por parte dos profissionais na sua utilização, dado ter sido disponibilizado recentemente.

Com base nos testemunhos recolhidos, relativamente às condições de saúde, higiene e segurança no trabalho, verificamos que esta área organizacional tem merecido pouca atenção por parte das chefias de topo e mesmo intermédias, no que diz respeito à limpeza e manutenção do espaço e à forma de actuação em caso de emergência, entre outras situações referidas ao longo do trabalho.

No contexto da análise efectuada, os entrevistados deixaram algumas sugestões que consideram pertinentes para uma melhoria da qualidade organizacional do departamento clínico. Uma periodicidade mais regular de reuniões multiprofissionais em que possam debater-se os casos clínicos e as questões relacionadas com a organização do serviço foi um dos aspectos mais referidos. Outra área à qual os entrevistados são bastante sensíveis foi a da gestão de recursos humanos. Os testemunhos permitem concluir haver falta de pessoal, principalmente nas actividades de competição durante o fim de semana.

No que diz respeito à organização do espaço no departamento clínico, alguns informantes-chave defenderam a criação de uma sala de espera que permita aos atletas que aguardam a vez de consulta ou tratamento terem um espaço próprio para o efeito em vez de circularem pelo serviço, provocando instabilidade e atrasos nos tratamentos.

Apesar dos informantes-chave pertencerem a 3 grupos profissionais distintos, verificou-se uma convergência de pensamento, no sentido em que as suas percepções e opiniões sobre a qualidade organizacional do departamento clínico foram idênticas. Ou seja, foram sentidas e identificadas, pelos vários profissionais, as mesmas dificuldades.

Os entrevistados, quando confrontados com a questão relativa ao “modelo ideal” manifestaram estar, de certa forma, conformados com a situação actual do departamento clínico, contudo os seus testemunhos sugerem a necessidade de implementação de algumas medidas de melhoria da qualidade organizacional. Daí que, na sequência do presente estudo, tenha perspectivado algumas propostas de intervenção que, na minha óptica, julgo serem facilitadoras de um processo de melhoria da qualidade organizacional, de forma a dar resposta ao último objectivo específico deste estudo: *Apresentar uma proposta de um modelo de intervenção sócio-organizacional para o departamento clínico desta instituição desportiva.*

Apesar da importância que assume a descrição e caracterização subjectiva, esta deve ser considerada apenas como um dos elementos a ter em conta aquando da implementação de melhorias na qualidade organizacional do departamento clínico desta instituição, nas áreas organizacionais referenciadas por este estudo.

3. Recomendações

Este estudo sobre qualidade organizacional de um departamento clínico foi feito com base nas opiniões expressas dos informantes-chave, sendo por este facto uma avaliação subjectiva, susceptível de ser influenciada por factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio indivíduo, pelo que, a opinião expressa pelos profissionais, apesar da sua enorme importância deve ser entendida apenas como um dos elementos a ter em conta na implementação de medidas que visem a melhoria da qualidade organizacional do serviço em questão.

O estudo da problemática da qualidade dos serviços de saúde não se esgota na análise e avaliação da sua qualidade organizacional, apesar de esta ser uma área de grande influência na qualidade dos cuidados prestados. O seu estudo continuará actual por muito tempo, suscitando interrogações para as quais se vai continuar a procurar respostas com outras metodologias de estudo.

Em função dos testemunhos recolhidos e apresentados neste trabalho, com base nas opiniões expressas dos profissionais de saúde sobre a qualidade organizacional do seu departamento clínico, considere algumas sugestões a apresentar aos órgãos de gestão da instituição desportiva:

- Envolver, tão cedo quanto possível, todos os profissionais de saúde na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e na gestão do seu departamento, de forma que se sintam motivados para cumprir os objectivos definidos, contribuindo de modo sinérgico para a melhoria da qualidade organizacional e dos resultados da prestação de cuidados de saúde aos atletas.
- Rever a distribuição e adequação dos recursos humanos às actividades em que a instituição desportiva se propõe a participar.
- Fazer uma gestão racional do espaço – disponibilizar um local apropriado onde os atletas possam aguardar a sua vez de consulta ou tratamento.
- Formar os profissionais de saúde na implementação de modelos organizacionais e de gestão dinâmicos e holísticos.
- Formar os profissionais de saúde na implementação de abordagens à promoção da saúde.
- Criar incentivos à investigação, à formação profissional e contínua enquanto suporte de estratégias de mudança a vários níveis.
- Implementar e desenvolver um sistema de controlo da qualidade através de programas de avaliação de desempenho individual e do departamento, e da avaliação da satisfação dos profissionais e dos utilizadores.
- Investigar factores relativos aos profissionais determinantes na melhoria ou degradação dos níveis de qualidade dos serviços de saúde.

Face aos resultados do estudo, que seria pertinente a adopção de medidas que permitissem a melhoria da qualidade organizacional do departamento clínico, de forma a aumentar os níveis de motivação e satisfação dos seus profissionais de saúde, melhorando também a qualidade dos serviços prestados.

Para a adopção dessas medidas pode-se optar por seguir uma estratégia de *benchmarking* externo, “copiando”, readaptando e implementando estratégias e práticas organizacionais bem sucedidas noutras unidades de saúde, mantendo e reforçando as actuais boas práticas organizacionais, já implementadas, recorrendo ao *benchmarking* interno como processo de auto-avaliação do serviço.

3.1 Limitações do Estudo

Devem ser consideradas algumas limitações neste estudo:

Em primeiro lugar o questionário utilizado é um questionário adaptado e foi aplicado apenas a um estudo de caso específico. Desta forma as considerações finais têm um carácter restrito, estando limitadas a esta realidade.

Outra limitação do trabalho está relacionada com a perspectiva da análise da qualidade do serviço. Devem ser considerados, como foi referido na nota inicial deste capítulo, três pontos de vista diferentes: o dos utilizadores dos cuidados de saúde, o dos prestadores dos cuidados de saúde e o dos gestores do serviço e da organização. Só será atingida a melhoria da qualidade adoptando métodos que sirvam os interesses particulares destes três grupos. Logo, uma análise da qualidade, para ser completa, deve incluir a combinação de diferentes métodos de pesquisa que permitam a recolha de um leque de informação mais variado e completo. O presente estudo apenas considera a opinião e percepção dos prestadores dos cuidados de saúde.

3.2 Inovação e Mudança Organizacional na Prestação de Cuidados de Saúde

Para Almeida (2002), uma organização resiste em conjunto à mudança, elevando medos individuais ao comportamento de massas que depressa homogeneízam o pensamento dominante e se defendem em bloco de intervenção externa.

Torna-se óbvio que as pessoas que mais podem contribuir para mudar os cuidados prestados são os próprios profissionais de saúde, desde que sejam adequadamente envolvidos no processo de mudança. Assim, a gestão das motivações e das expectativas das pessoas poderá fazer a diferença, pois a chave do sucesso reside nelas e não propriamente na tecnologia objecto de investimento, como refere Guerreiro e Serrano (citado por Almeida, 2002). *“No entanto, se é razoável admitir que as novas tecnologias e as novas formas de organização do trabalho possibilitam um maior envolvimento de todos os membros de uma organização nas actividades correntes e nas tomadas de decisão, com vantagens claras para a melhoria do desempenho*

organizacional, é igualmente importante referir que esse envolvimento pressupõe o preenchimento cumulativo de algumas condições determinantes” (Almeida, 2002: 32).

Os órgãos de direcção, gestão e apoio devem posicionar-se enquanto retaguarda facilitadora e coordenadora do trabalho das equipas multiprofissionais, o que requer uma gestão profissional com competências e capacidades de elevada complexidade.

Zorrinho et al (2003) refere que as novas formas de pensar a empresa colocam os recursos humanos como a base de sustentabilidade de desenvolvimento e continuidade da própria empresa. No centro desta base encontra-se o indivíduo, avaliado segundo a sua competência, formação, motivação, polivalência, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipa e a constituição da sua própria rede de relações.

Sendo ouvidas e motivadas, as pessoas experimentam um sentimento de pertença à organização, aderindo naturalmente à mudança. A forma de aprender e assimilar as mudanças, incluindo os programas de qualidade, torna-se parte da cultura da organização. Para além das competências adquiridas pelos profissionais na sua formação inicial e/ou contínua, esta nova realidade converte o indivíduo em formador de si próprio. A organização assume-se como entidade formadora ou qualificante, orientadora na aquisição de novos saberes, na condução da aprendizagem, nos desafios de mudança, no desenvolvimento da iniciativa individual e na congregação de uma aprendizagem colectiva (Zorrinho et al, 2003).

Nunca é demais salientar a importância das expectativas do utilizador, os recursos envolvidos na prestação de cuidados, a forma como se processa o contacto entre entidade fornecedora do serviço e o utilizador. A dinamização da qualidade nos serviços e a melhoria de processos organizativos exigem normalização, práticas de gestão, ferramentas e recursos variados, mas, sobretudo, um espírito empreendedor, um conhecimento e reconhecimento da tipologia do serviço, das necessidades dos prestadores dos cuidados e dos seus utilizadores.

Na planificação de um projecto de qualidade torna-se também importante referenciar o ciclo de melhoria clínica, reflexo de mudança, definido por Pisco et al (2001), com as seguintes etapas:

1. Identificar as lacunas e estabelecer um objectivo geral;
2. Identificar as causas das lacunas;
3. Estabelecer um sub-objectivo;
4. Escolher e planear a mudança;

5. Agir em pequena escala;
6. Reflectir sobre a mudança;
7. Expandir e adaptar.

Qualquer processo de inovação contém um conjunto de actividades que se inter-relacionam e, se quando interagem não trazem valor absoluto nenhum, então será altura certa para serem redefinidas, redesenhadas ou mesmo eliminadas.

Na sequência do que aqui foi apresentado, optei por construir um esboço de um plano de intervenção sócio-organizacional que pretende servir a realidade estudada, de forma a poder também corresponder ao último objectivo específico deste estudo.

4. Modelo de Intervenção Sócio-Organizacional

4.1 Introdução

Com base nos resultados expressos através dos testemunhos dos informantes-chave e na análise efectuada, elaborei uma proposta de intervenção orientada para a mudança para as boas práticas organizacionais, contemplando duas áreas vitais para a qualidade organizacional.

Neste contexto, esta proposta de intervenção está direccionada, em primeiro lugar, para a mudança de comportamentos, atitudes e práticas organizacionais na dimensão de organização e gestão, nomeadamente no envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos e numa gestão planeada e controlada do seu departamento.

A segunda área de intervenção, que vem na sequência da primeira e está, com ela, inter-ligada, tem em vista a implementação de uma política organizacional de incentivo e desenvolvimento das áreas organizacionais abordadas na dimensão da formação contínua.

Considero que uma intervenção a este nível permitirá actuar junto de algumas das causas que determinam uma sequência de resultados menos desejáveis da qualidade organizacional do departamento clínico estudado.

4.2 Metodologia

Para a promoção do plano de intervenção previsto torna-se necessário, antes demais, persuadir os órgãos de gestão e todos os profissionais do departamento clínico em estudo a aceitá-lo. É igualmente importante o envolvimento e participação de todos os profissionais e atletas de todos os níveis da instituição desportiva.

Sensibilizar os órgãos de gestão para os resultados obtidos neste estudo é fundamental para que eles apoiem e aceitem o plano de intervenção proposto.

O plano de intervenção terá como objectivo principal a implementação de um modelo holístico de gestão no departamento clínico. Assim sendo, um dos objectivos específicos consiste no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde do departamento clínico, no que respeita aos conceitos e métodos de abordagem do modelo holístico de gestão. Outro dos objectivos específicos é dotar os mesmos profissionais de capacidade crítica isenta na análise de situações e problemas do quotidiano do serviço.

Para que se cumpram estes objectivos, proponho uma acção formação destinada a sensibilizar os órgãos de gestão e os profissionais do serviço a adoptar novas políticas de gestão, que tenham em conta, nomeadamente, uma flexibilização dos horários, e um esquema de rotatividade entre os profissionais, não só nas questões laborais mas também relativamente às oportunidades de formação, de modo a contribuir quer para o desenvolvimento de todos os profissionais, quer para o da própria instituição.

A segunda área de intervenção tem como objectivo avaliar e monitorizar as alterações do comportamento, atitudes e práticas organizacionais. Isto é conseguido com uma sequência de actividades de avaliação e monitorização em diversos momentos do processo de mudança, nas quais se incluem a avaliação da satisfação dos atletas, a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde do departamento, a avaliação da satisfação dos profissionais de outros departamentos da instituição (treinadores, prospectores, administrativos) e, por fim, uma avaliação da satisfação dos órgãos de gestão.

4.3 Recursos

Para que este plano de intervenção se possa desenvolver é importante perceber se a mudança é bem aceite no contexto da sua prática, tornando-se, pois, fundamental a colaboração de todos os profissionais de saúde do departamento, dos atletas e, acima de tudo, dos órgãos de gestão da instituição. Para pôr em prática o plano de acção, é também de extrema importância a disponibilização de meios: materiais, humanos e de instrumentos de medida de análise e discussão de resultados pertinentes, adaptados à realidade em questão.

5. Nota Final

Em síntese, compete aos gestores infundir uma cultura de aprendizagem contínua nos locais de trabalho, de modo a inovar os processos de gestão, promover as inter-relações profissionais e garantir um acompanhamento constante da evolução nos cuidados de saúde no contexto em que se enquadram.

Os gestores devem fomentar a gestão dos recursos humanos, promovendo e pondo em prática políticas que contemplem a igualdade de oportunidades de desenvolvimento profissional.

Mas, antes de tudo isto que foi mencionado, os profissionais de saúde necessitam de estar conscientes das mudanças e precisam de querer estar envolvidos activamente no processo de mudança.

Todas estas mudanças reflectir-se-ão no trabalho em equipas multidisciplinares na prestação dos cuidados de saúde ao utente. Para que os conflitos sociais sejam reduzidos, inúmeras barreiras deverão ser demolidas, os serviços serão integrados e promover-se-á entre os diversos profissionais uma postura de trabalho em equipa em prol dos utilizadores dos serviços de saúde prestados. Assim, além de dotados de um leque de conhecimentos e de experiência profissional especializada a oferecer à equipa de trabalho, os profissionais de saúde têm de estar dispostos a trabalhar em moldes flexíveis e a desenvolver em conjunto com os outros profissionais de outras áreas novas competências e aptidões. Mas, em pleno século XXI, precisam, acima de tudo, de

encarar a mudança como uma oportunidade e não como uma ameaça se desejarem manter o seu status e ser reconhecidos socialmente.

Neste contexto de mudança, é pertinente salientar a importância da constituição de um processo de melhoria contínua da qualidade, já que todas as instituições, serviços e unidades de saúde se encontram em constante mutação, quer devido às novas tecnologias que vão surgindo todos os dias, quer pela sua própria dinâmica.

Quanto à avaliação e monitorização da qualidade, deixou de ser uma opção das organizações em geral e das de saúde em particular, para se tornar uma verdadeira filosofia de gestão, como referido na componente teórica. Sejam quais forem os indicadores utilizados para avaliar a qualidade organizacional dos serviços, não basta medir: a monitorização tem de ser constante, a fim de introduzir correcções sempre que seja necessário. Trata-se de um processo dinâmico, que necessita do envolvimento de todos os profissionais e utentes. Qualidade significa, assim, uma maneira de encarar o trabalho que valoriza os produtos, os serviços e as pessoas (Cruz e Carvalho, 1992).

A importância da presença destes órgãos será tanto maior quanto ela permitirá orientar a integração dos profissionais de saúde nas mudanças sociais e organizacionais

A presença destes órgãos é importante na esfera da saúde porque orienta a integração dos profissionais de saúde às mudanças sociais e organizacionais, (como por exemplo, a conquista de novas competências), fomenta uma cultura e identidade profissional que incentiva os profissionais a desenvolverem-se profissionalmente e não temerem as futuras tendências da profissão, contribuindo também para o seu crescimento e reconhecimento social.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV (2000), *Grande Dicionário Enciclopédico*, Tornos I – XV; Lisboa: Clube Internacional do Livro.
- AI-ASSAF, A. F.; SCHMELE, J. A. (1993), *The Textbook of Total Quality in Healthcare*, EUA: Edição do Autor.
- ALBARELLO, Luc. (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd..
- ALMEIDA, I.; ABUNDÂNCIO, A.; GASPAS, A. (2000), *Relação Entre Satisfação e Percepção dos Atletas de Alta Competição Face aos Tratamentos de Fisioterapia*, Monografia de final de curso em Fisioterapia: ESTeS Lisboa.
- ALMEIDA, J. F. e PINTO, J. M. (2003), “Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais” in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- ANTUNES, José L. (1991), *Hospital: Instituição e História Social*, São Paulo: Letras e Letras.
- BANK, Jonh (1992), *The Essence of total quality management*, London: Prentice-hall International Inc.
- BARDIN, Laurence. (2005), *Análise de Conteúdo*, (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith (2002), *Como Realizar um Projecto de Investigação*, Lisboa: Gradiva
- BISCAIA, J. L. (2000), “Qualidade em Saúde: Uma Perspectiva Conceptual”, *Qualidade em Saúde*. Nº0, 6-10.
- BOAVIDA, T. Et al (2004), *As Atitudes dos Utentes Face aos Padrões de Prática em Fisioterapia*, Monografia de Licenciatura em Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Lisboa.
- BROOK, Robert H. Et al (2000), “Defining and Measuring Quality of Care: a Perspective From USA Researchers”, *International Journal of Quality in Health Care*, Volume 12, number 4:281-295, Oxford: International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press.

- CARAÇA, Maria L. (2002), *Avaliação da Qualidade nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CATs) da Área de Lisboa e Vale do Tejo: Satisfação de Utentes e Satisfação de Profissionais*, Dissertação de Mestrado em “Toxicodependências e patologias psicossociais”, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998), *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto: Edições Afrontamento.
- COUTINHO, M. I. (2003), *Atitudes dos Fisioterapeutas Face aos Padrões de Prática em Fisioterapia*, Dissertação para a realização de Provas Públicas, não publicado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa.
- CHRISTO, F. H. (2000), “Certificação: Necessidade sim, moda não!”, *Qualidade em Saúde*, Nº2, 16-21.
- CROSBY, Philip B. (1980), *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*; New York: new american library, mentor
- CRUZ, Carlos V., CARVALHO, Óscar (1992), *Qualidade – Uma Filosofia de Gestão*, Porto: Texto Editora.
- CRUZ, Maria Dulce Damas (2003), *Uma nova Profissão em Portugal – A Acupunctura, O caso particular da associação portuguesa de acupunctura e disciplinas associadas*: Paper para o IX Curso de Mestrado em Sociologia; Universidade de Évora (policopiado).
- CUSHWAY, Barry; LODGE, Derek (1998), *Organizações Planeamento e Comportamento*, Lisboa: Clássica Editora.
- DALE, Barrie; COOPER, Cary (1992), *Total Quality and Human Resources*, Oxford: Basil Blackwell Ltd..
- DEMING, W (1986), *Out of the Crisis*, Cambridge: MIT Centre for advanced engineering study.
- DONABEDIAN, Avedis (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: the Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Vol. I, Ann Arbor: Health Administration Press.
- DRUKER, Peter F.; et al (1998), *A Organização do Futuro*, Mem Martins: Publicações Europa América.

- FERNANDES, A. Rosalina (2005), *Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia: O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Évora: Universidade de Évora em parceria com a ESTeS Lisboa.
- FERREIRA, Pedro L.; LOURENÇO, Óscar D. (2003), “Avaliações Subjectivas Sobre Qualidade em Saúde: um Contributo para o Estudo da Equidade”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático, 3: 81-91, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- FERREIRA, Pedro L. (1999), *A Voz dos Doentes: Satisfação com a Medicina Geral e Familiar*, Questionário EUROPEP: Lisboa : Direcção Geral de Saúde, sub-direcção Geral para a Qualidade.
- FERREIRA, Pedro L.; et al (2005), *A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde*, Lisboa: Ministério da Saúde: IQS.
- FERREIRA, V. (2003), “O Inquérito por Questionário na Contrução de Dados Sociológicos”, in *Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.)*, *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- FORTIN, Marie F. (1999), *O Processo de Investigação*; Loures: Lusociência.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000), *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização*, Loures: Lusociência.
- FREIRE, C. M. N. (2001), *Sistema da Qualidade em Saúde: Estado Actual de Implementação na Fisioterapia dos Hospitais Públicos do Distrito de Lisboa*, Monografia de Licenciatura em Fisioterapia, Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Alcoitão.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992), *O Inquérito, Teoria e Prática*, Oeiras: Celta Editora.
- GARVIN, Charles D.; TROPMAN, Jonh E. (1992), *Social Work in Contemporary Society*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall International, Inc..
- GARVIN, David A. (1993), *Managing Quality: the Strategic and Competitive Edge*, New York: the Free Press (1ª edição 1987).
- GUERRA, Isabel C. (2002), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- GUERRA, Isabel C. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*, Estoril: Edição Principia.

- GUERRA, I. S. (2003), *Projecto de Qualidade Total numa Unidade de Fisioterapia: Diagnóstico e Projecto de Mudança*, Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- HILL, Manuela M.; HILL Andrew (2002), *Investigação por Questionário*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda..
- JURAN, J. M. (1988), *Quality Control Handbook*, New York: Macgraw-hill
- JURAN, J. M. (1989), *Leadership for Quality: an Executive Handbook*, New York: the Free Pass.
- LISBOA, João; et al (2004), *Introdução à Gestão de Organizações*, Coimbra: Faculdade de Ecónomia da Universidade de Coimbra, Editor Vida Académica.
- LOPES, Henrique; et al (2000), *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*; Comissão Sectorial da Saúde do IPQ.
- NASCIMENTO, F. (2000), “Qualidade e Valor: Uma Visão Conceptual Aplicável aos Sistemas de Saúde”, *In Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Comissão Sectorial da Saúde do IPQ.
- NEVES, M. J. S. (2000), *Guia Prático da Melhoria da Qualidade na Saúde*, Edição pela Federação Nacional dos Médicos.
- MARTIN, Vivien; HENDERSON, Euan (2004), *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa: Monitor.
- MEZOMO, João C. (1991), “Cuidados de Saúde com Qualidade”, *Revista hospitalar Administração e Saúde*, Vol. 15 Nº 5:192-196.
- MEZOMO, J. C. (2001), *Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos*, São Paulo: Editora Manole, 1ª Edição Brasileira.
- MORGAN, Gareth (1996), *Imagens da Organização*, S. Paulo: Editora Atlas S.A..
- MINTZBERG, Henry (1996), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa: Dom Quixote.
- NEVES, Arminda (2002), *Gestão na Administração Pública*, Cascais: Editora Pergaminha, Lda..
- OLIVA, Flávio A.; BORBA, Vladimir R. (2004) *BSC – Balanced Scorecard: Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares*, S. Paulo: Iàtria.
- PEREIRA, Luís F. (2003), “Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde”, *Qualidade em Saúde*, nº7:3-8, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.

- PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. (2003), *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*, Lisboa: Edições Sílabo.
- PIRES, António R. (2000), *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*, Lisboa: Edições Sílabo Lda..
- PISCO, L. (2000), “Instituto da Qualidade em Saúde e Demanda de Melhores Serviços”, *Qualidade em Saúde* nº0, 12-13, Lisboa: IQS.
- PISCO, L. (2000), “Missão, Visão, Princípios e Valores”, *Qualidade em Saúde*. nº1, 3,4, Lisboa: IQS.
- PISCO, L. (2001), “Perspectivas Sobre a Qualidade em Saúde”, *Qualidade em Saúde*, nº5:4-6, Lisboa: IQS.
- PISCO, L. (2004), *MoniQuOr 2004: Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*, nº4-6, Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd..
- REINHARDT, Uwe E. (1998), “Quality in Consumer-driven Health Systems” *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 10 Number 5:385-394, New Jersey: Woodrow Wilson School of Public and International Affairs and Department of Economics, Princeton University.
- REIS, Eduardo et al (1990) “Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde”, *Notas Bibliográficas - Cadernos de Saúde Pública* Vol. 6 Nº1:50-61.
- RODRIGUES, João et al (1998), *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*, Lisboa: Direcção geral de saúde.
- SALE, Diana (1998), *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os Profissionais da Equipa de Saúde*, Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- SAMUELSON, Paul A.; NORDHAUS, William D. (2005), *Economics*, New York: eight edition, McGraw-Hill International,
- SEQUEIRA, Alzira (2005), *Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um Estudo de Três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Universidade de Évora em parceria com ESTeSL: Évora.

- SHORTELL, Stephen M. (2004), "Increasing Value: a Research Agenda for Addressing the Managerial and Organizational Challenges Facing Health Care Delivery in the United States", *Medical Care Reserach and Review*, Volume 61 Number 3 (Suplement to September 2004), 12S-30S, London: Sage Publications.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. (org.). (2001), *Metodologia das Ciências Sociais*, (11ª ed.). Porto: Afrontamento.
- SILVA, Carlos Alberto da (1996), *Centros de Saúde: Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional. O Estudo do Caso de Três Centros de Saúde do Distrito de Beja*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.
- SOUSA, António (2002), *Introdução à Gestão: Uma Abordagem Sistémica*, Lisboa: Editorial Verbo.
- TANGUCHI, G. (1986), *Introduction to Quality Enginneering*, Dearbon, Michigan: Asian Productivity Oraganization.
- TEIXEIRA, Sebastião (1998), *Gestão das Organizações*, Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- UVA, António S.; Faria, Mário (1992), *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*, Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos: Edição Conjunta.
- VALA, Jorge et al (1998), "Os determinantes da Satisfação Organizacional: Confronto de Modelos", *Revista Análise Psicológica* Volume 6 nº3: 105-117.
- VALA, Jorge (2001) "A Análise de conteúdo" in *Metodologia das Ciências Sociais*; (11ª ed.). Porto: Afrontamento, 101 – 128.
- ZANON, Uriel (2001), *Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar – Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade*, Medsi – Editora Médica e Científica Ltda..
- ZAIRI, M. (2001), "O Que Precisa Saber Sobre o Benchmarking", *Economia e Prospectiva*, Janeiro/Julho, 15/16: 31-71.
- ZORRINHO, Carlos et al (2003), *Gerir em Complexidade: Um Novo Paradigma da Gestão*, Lisboa: Edições Sílabo Lda..

Outras Fontes:

- APF (2000), *Modelo de intervenção do Fisioterapeuta no Desporto*, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – grupo de interesse em fisioterapia no desporto.
- APF (2002), *Fisioterapia: Padrões de Prática*, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- APF (2003), *Fisioterapia – Padrões de Prática – Adaptação do documento da região Europeia da WCPT (Core Standards of Physical Therapy Practice)*, (2ªEd.), APF.
- APF (2004), *Boletim Informativo*.
- CARRAÇA, A. (2004), *A Nova Aposta na Formação*, (retirado da Web em Abril de 2006):
http://www.*****.pt/****/Futebol/SectorFormacao/info_sectorformacao_epoca**
** .asp
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1997), *A Saúde dos Portugueses*, Lisboa: Autor.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1998), *O Hospital Português*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Domingues, Ivo (2004) Texto Publicado na revista *Episteme*, Lisboa: Universidade Técnica, nº 13-14 (2004): 225-242.
- IQS (2005), “Qualidade Organizacional em Análise: Especial MoniQuOR 2004” – *Qualidade em Saúde: 4-47*, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, Editor Luís Pisco.
- IPQ (2000a), Norma Portuguesa NP EN ISO 9000:2000 – *Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabolário*, Instituto Português da qualidade.
- IPQ (2000b), Norma Portuguesa NP EN ISSO 9001:2000 – *Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos*, Instituto Português da Qualidade.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), *Sistema Português da Qualidade em saúde – SNS21*, Lisboa: Autor.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), *Saúde em Portugal – Uma Estratégia Para o Virar do Século, 1998-2002*, (Orientações para 1997): Autor.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), *Saúde em Portugal – Uma Estratégia Para o Virar do Século, 1998-2002*, (Orientações para 1998): Autor.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Volume 1 – *Prioridades*, Lisboa: Autor.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Volume 2 – *Orientações Estratégicas*, Lisboa: Autor.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, Editor Luís Pisco.
- MCKAY, Neil (2000), *Improving Quality and Performance in the New NHS: NHS Indicator Project*, London: Department of Health:
<http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators>
- ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (2004) *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*, Paris: OECD Publications.
- SOUSA, M. C. (2001), “A Importância do Benchmarking na Actual Conjuntura”, *Economia e Prospectiva*, Janeiro/Julho, 15/16: 7-12.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization.

- ANEXOS -

ANEXO I

Miguel Pinto

**Aluno do 2º Mestrado em
Intervenção Sócio-Organizacional
na Saúde da Universidade de Évora
em parceria com a Escola Superior
de Tecnologia da Saúde de Lisboa.**

Exmo. Senhor

Director do Futebol de Formação

**Assunto: Pedido de Colaboração para desenvolver a dissertação do Mestrado em
Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde no Departamento Clínico de uma
Instituição Desportiva**

**Encontro-me neste momento a desenvolver a minha dissertação, a fim de concluir o
mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, que estou a frequentar na
Universidade de Évora em parceria com Escola Superior de Tecnologia da Saúde de
Lisboa.**

**A área temática do estudo é a qualidade organizacional de um departamento clínico
numa instituição desportiva, cujo objectivo é analisar e avaliar a qualidade
organizacional desse departamento.**

**Para isso, solicito a vossa colaboração e disponibilidade, para que a colheita de dados se
possa realizar durante o mês de Junho de 2006.**

**A análise dos dados será feita de forma a manter o anonimato e após discussão da
dissertação, disponibilizo-me para vos apresentar os resultados.**

Agradeço desde já a vossa preciosa colaboração.

Com os melhores cumprimentos

O Mestrando

Miguel Pinto

ANEXO II

Objectivo Geral: Analisar e descrever a qualidade organizacional do departamento clínico de uma instituição desportiva sob o ponto de vista dos profissionais que nele exercem funções;

Problemática do estudo – análise/avaliação da qualidade organizacional Como se apresenta? A sua importância para os cuidadores? Como se processa o seu desenvolvimento? Quais os seus efeitos na organização e na prestação dos cuidados?			
Dimensão	Objectivos Específicos	Questões Principais	Questões Secundárias
A – Caracterização da Amostra	0. Caracterizar a Amostra	Habilitações Académicas; Profissão;	Sexo; Anos de exercício; Anos de exercício no Departamento em questão.
B – Dimensões sobre análise/descrição da qualidade organizacional:	1. Caracterizar o perfil da qualidade organizacional do Departamento Clínico desta instituição desportiva.	Tem conhecimento de um plano de actividades com objectivos realistas, exequíveis e quantificados, baseado nas necessidades dos atletas e do clube? Os Órgãos de Gestão envolvem os profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição de objectivos assim como na gestão?	Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área? Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos
1. Organização e Gestão		O Departamento Clínico está organizado em equipa(s) multidisciplinar(es)? Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa? Os recursos financeiros, humanos e materiais são suficientes para cobrir as necessidades do departamento?	Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções? Existem mecanismos para circulação e partilha de informação clínica relevante dentro da equipa? (registos de reuniões) O Departamento Clínico promove iniciativas que reforçam o espírito de equipa? (convívio informal)

2. Direitos dos Utilizadores		É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções?	Existem mecanismos de tratamento das sugestões dos atletas?
3. Promoção da Saúde	2. Identificar as áreas organizacionais com melhores atributos de qualidade, consideradas pelos profissionais de saúde.	O Departamento Clínico promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento dos atletas e profissionais dos outros departamentos (treinadores, psicólogos, administrativos, técnicos de equipamento, prospectores, etc.) na promoção da saúde?	O Departamento Clínico tem intervenção na criação de ambientes saudáveis nas restantes actividades dos atletas do clube. (Ex.: Cantina e Refeitório, bar e restaurante, escola, local de trabalho, piscina, equipamento desportivo, ginásio, etc.)? Existem actividades de educação para a saúde no Departamento Clínico dirigidas a grupos específicos (atletas e profissionais de outros departamentos)?
4. Prestação de Cuidados de Saúde	3. Identificar as áreas organizacionais com piores atributos de qualidade consideradas pelos profissionais de saúde.	Obtenção atempada de cuidados e aconselhamento a todos os atletas? Em caso de ausência (férias, formação, doença, etc.) é do conhecimento dos outros profissionais e atletas o seu substituto? São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituições? Existem reuniões multiprofissionais regulares (mínimo 9 por ano) para discussão das questões clínicas e organizativas? Como se processa a política de prescrição de fármacos e de exames complementares de diagnóstico?	Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos atletas com situações agudas? Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta? Existe possibilidade de obter cuidados médicos e/ou paramédicos no terreno? Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Departamento clínico, bem como orientações clínicas escritas para as lesões mais frequentes? Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado e estão arquivados em locais seguros?

5. Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade		<p>Anualmente é feita a avaliação do Departamento clínico e debatida com todos os profissionais?</p> <p>Existe avaliação da satisfação dos atletas?</p> <p>Existe avaliação da satisfação dos profissionais?</p> <p>Existe uma política de encorajamento para actividades de formação contínua?</p>	<p>Existe uma avaliação de desempenho com relatórios escritos das conclusões e recomendações (e feedback)?</p> <p>Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais?</p> <p>Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos?</p>
6. Instalações e Equipamentos		<p>Existem facilidades de acesso a atletas lesionados?</p> <p>Áreas Específicas ao Desenvolvimento das Diferentes Actividades e Funções (salas; tratamentos...).</p> <p>Equipamento Necessário ao Desenvolvimento das Actividades (consultas e tratamentos).</p>	<p>Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados?</p> <p>Sistema informático e de comunicações.</p> <p>Saúde higiene e Segurança.</p>
C – Sugestões de melhoria	4. Conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre aspectos que poderiam melhorar no sentido de otimizar o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva.	Que sugestões e prioridades deveriam ser desenvolvidas para melhorar, no sentido de otimizar, o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva?	
D – Estratégias de intervenção	5. Apresentar uma proposta de um modelo de reestruturação organizacional para o departamento clínico de uma instituição desportiva.	Qual será o modelo “ideal” de reestruturação organizacional para o departamento clínico da instituição desportiva?	

ANEXO III

Guião de Entrevista

1.- Descreva em traços gerais a organização do departamento clínico da instituição desportiva.

1.1.- Tem conhecimento de um plano de actividades com objectivos realistas, exequíveis e quantificados, baseado nas necessidades dos atletas e do clube?

1.2.- Os Órgãos de Gestão envolvem os profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição de objectivos assim como na gestão?

1.2.1.- Existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área?

1.2.2.- Na sua opinião, os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos?

1.3.- O Departamento Clínico está organizado em equipa(s) multidisciplinar(es)? Especifique.

1.3.1- Existe descrição das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa?

1.3.2.- Os recursos financeiros, humanos e materiais são suficientes para cobrir as necessidades do departamento?

1.3.3.- Na sua opinião, todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções?

1.3.4.- Existem mecanismos para circulação e partilha de informação clínica relevante dentro da equipa? (p.e. registos de reuniões)

1.3.5.- O Departamento Clínico promove iniciativas que reforçam o espírito de equipa? (p.e. convívio informal)

2.1.- Na sua opinião, é respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções? Especifique.

2.1.1.- Existem no Departamento mecanismos de tratamento das sugestões dos atletas?

2.2.- O Departamento Clínico promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento dos atletas e profissionais dos outros departamentos (treinadores, psicólogos, administrativos, técnicos de equipamento, prospectores, etc.) na promoção da saúde?

2.2.1.- O Departamento Clínico tem intervenção na criação de ambientes saudáveis nas restantes actividades dos atletas do clube. (Ex.: Cantina e Refeitório, bar e restaurante, escola, local de trabalho, piscina, equipamento desportivo, ginásio, etc.)?

2.2.2.- Existem actividades de educação para a saúde no Departamento Clínico dirigidas a grupos específicos (atletas e profissionais de outros departamentos)?

3.1.- Na sua opinião, os profissionais Departamento Clínico promovem a obtenção atempada de cuidados e aconselhamento a todos os atletas?

3.2.1.- Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos atletas com situações agudas?

3.2.2.- Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta?

3.2.3.- Existe possibilidade de obter cuidados médicos e/ou paramédicos no terreno?

3.2.4.- Existem normas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do Departamento Clínico, bem como orientações clínicas escritas para as lesões mais frequentes?

3.3.- Em caso de ausência (férias, formação, doença, etc.) é do conhecimento dos outros profissionais e atletas o seu substituto?

3.3.1.- São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituições?

3.4.- Existem reuniões multiprofissionais regulares (p.e. mínimo 9 por ano) para discussão das questões clínicas e organizativas?

3.5.- Como se processa a política de prescrição de fármacos e de exames complementares de diagnóstico?

3.6.- Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado e estão arquivados em locais seguros?

3.7.- Anualmente é feita a avaliação do Departamento clínico e debatida com todos os profissionais?

3.7.1.- Existe avaliação da satisfação dos atletas?

3.7.2.- Existe avaliação da satisfação dos profissionais?

3.7.3.- Existe uma avaliação de desempenho com relatórios escritos das conclusões e recomendações (e feedback)?

3.8.- Existe uma política de encorajamento para actividades de formação contínua?

3.8.1.- Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais?

3.9.- Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos?

3.10.- Na sua opinião, existem no Departamento facilidades de acesso a atletas lesionados?

3.11.- Como avalia as áreas Específicas ao Desenvolvimento das Diferentes Actividades e Funções (salas; tratamentos...), nomeadamente quanto ao Equipamento Necessário ao Desenvolvimento das Actividades (consultas e tratamentos)? (p.e. em termos de número de equipamentos, adequação e pertinência dos mesmos, etc.)

3.12.- Considera que todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados?

3.13.- Na sua perspectiva, o Sistema Informático e de Comunicações está adequado para as actividades do Departamento?.

3.14.- Considera que o Departamento reúne todas as condições de Saúde, Higiene e Segurança no trabalho? Especifique.

4.- Que sugestões e prioridades deveriam ser desenvolvidas para melhorar, no sentido de otimizar, o funcionamento do departamento clínico da instituição desportiva?

5.- Qual será o modelo “ideal” de reestruturação organizacional para o departamento clínico da instituição desportiva?

6.- caracterização do entrevistado

Habilitações Académicas

Profissão

Sexo

Duplo emprego

Anos de exercício (facultativo)

Anos de exercício no Departamento em questão (facultativo).

ANEXO IV

Sistema de Categorias

Dimensão: Análise/Descrição da Qualidade Organizacional						
Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações	Sugestões de Melhoria
<u>Equipas Multidisciplinares</u> - Sua existência - Funções da equipa - Funções do profissional - Informação <u>Plano de actividades</u> - Sua existência - Quantificação - Objectivos - Responsáveis - Competências dos responsáveis - Envolvimento dos profissionais - Elaboração - Definição de objectivos <u>Recursos</u> - Financeiros - Humanos - Materiais - Necessidades - Iniciativas	<u>Confidencialidade</u> - Informação do Atleta - Profissionais de Saúde envolvidos (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros) <u>Sugestões dos Atletas</u> - Tratamento - Mecanismos (de tratamento)	<u>Departamento Clínico</u> - Cooperação com outros departamentos (Mobilização, dinamização, envolvimento) - Promoção de ambientes saudáveis (bar, cantina, escola, equipamento...) - Actividades de educação dirigida a grupos específicos	<u>Atendimento</u> - Tempo - Local - Aconselhamento - Serviços mínimos <u>Os Profissionais</u> Disponibilidade Ausência Informação <u>Organização/Burocratização do departamento</u> - Normas de funcionamento - Reuniões Multiprofissionais - Prescrição de Fármacos e Exames - Registos Clínicos	<u>Avaliação</u> - Departamento clínico - Satisfação - Desempenho <u>Formação Profissional</u> - Necessidades - Actividades - Discussão e revisão de casos Clínicos	<u>Instalações</u> - Acessos - Sinalização - Áreas específicas: - Gabinete médico - Sala de tratamentos - Ginásio - Campo de treino <u>Equipamento</u> - Tipos de equipamento - Valências <u>Sistemas de informação</u> - Comunicações - Informática <u>Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho</u> - Limpeza - Segurança - Material - Lixo	<u>Departamento clínico</u> - Sugestão - Melhorar - Funcionamento <u>Intervenção</u> - Modelo "Ideal"

ANEXO V

Quadro resumo da entrevista HP			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - “(...)o departamento clínico está dividido em 2 categorias, a área médica e os paramédicos, onde estão os enfermeiros, os fisioterapeutas, massagistas (...)” - “Há um médico coordenador responsável e no nosso caso é um fisioterapeuta responsável (...)” - “Dentro de cada uma dessas duas áreas existe um responsável, um coordenador (...), quer um médico quer na parte dos paramédicos. (...) todos os outros reportam a informação e os problemas a essa pessoa.” - “No início de cada época, há sempre uma reunião onde são sempre estipulados algumas metas e alguns objectivos(...), marcadas algumas datas para algumas actividades.” - “Nós com os órgãos de gestão temos reuniões periódicas (...) No entanto (...) São mais reuniões de carácter informativo.” - “No início da época é tudo definido de uma maneira muito clara e objectiva. O que não quer dizer (...) que com o decorrer da época haja adaptações consoante os problemas e as necessidades que vão surgindo.” - “(...) todos (...) sabem o que fazer e as suas competências, com um objectivo único que é a recuperação do atleta o mais rápido e o melhor possível.” - “(...)quando a procura é muita nota-se um bocado a falta de pessoal e às vezes de espaço para tratar tanto atleta.” - “(...)a informação passa mais de forma verbal (...) A nível de conversas informais, de colega para colega.” - “(...) esporadicamente surge (...) um jantar ou um almoço de natal (...)” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Acho que todos nós temos a responsabilidade de guardar as informações (...)” - “(...)a ideia que vamos tendo da satisfação dos atletas é mais o feedback que eles nos vão passando no nosso dia a dia quando estamos a tratá-los (...)” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Nós tentamos sempre estar em contacto com essas diferentes áreas (...)” - “Há sempre um objectivo geral que é o rendimento do atleta e a prevenção de lesões.” - “Estamos em constante contacto e informamos e passamos alguns conhecimentos mas não há na minha opinião essa tal mobilização e dinamização nesse sentido.” - “(...) haver uma forma de comunicação entre nós, trocar ideias sugestões (...)” - “No meu entender acho que (...) devíamos ter essas actividades de educação (...), deviam ser mais regulares. Pois são muito importantes na prevenção.”

Quadro resumo da entrevista HP			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - “Estamos sempre presentes em todas as actividades que ocorram. Quer sejam treinos ou jogos.” - “Tentamos sempre estar pelo menos um enfermeiro ou paramédico nesses eventos ou acontecimentos (...) quando há necessidade nós estamos lá para essa intervenção imediata.” - “Todos os atletas têm os nossos contactos telefónicos e sabem que em qualquer altura, em qualquer dia podem entrar em contacto connosco (...)” - “(...) orientações, existe, mas de uma maneira muito informal. No que diz respeito às lesões mais frequente, todos nós temos conhecimentos técnicos e científicos e estamos em sintonia, em que nessas tais lesões mais frequentes adoptamos um determinado procedimento comum entre todos.” - “Na ausência há sempre alguém para colmatar a sua falta. E são informados os atletas e todos os restantes colegas dessa substituição.” - “Serviços mínimos é isso, é estar sempre pelo menos uma pessoa presente quando ocorre um treino ou um jogo.” - “(...)existem com alguma periodicidade (...) de vez em quando reunimo-nos (...) para falarmos dos casos (...) Abordamos esses casos nessas tais reuniões.” - “Estamos a falar dos órgãos de gestão (...) muito raramente.” - “(...) temos uma pessoa responsável pela organização dos registos e só o pessoal médico e paramédico está autorizado a mexer nesses artigos e consultar.” - “No meu entender não. Se for feito é de uma forma muito subjectiva (...)” - “É passada de uma forma verbal, no dia a dia, vamos tendo o feedback dos atletas durante o tratamento vão falando.” - “Não existe nada definido. Vamos também, à semelhança do que se passa com os atletas, vamos falando entre nós (...)” - “Não existe uma avaliação do desempenho de cada um de nós.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) temos as tais reuniões onde são debatidos esses casos mais crónicos, mas se calhar também não são com a periodicidade que deviam ser. Se calhar deviam ser mais regulares.” - “(...)de mês a mês e se calhar há alturas que de 2 em 2 meses. O que no meu entender é pouco (...) às vezes não é possível porque temos que estar todos presentes (...)” - “(...) como não há política, acho que também não há esse levantamento.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Mesmo atletas que precisem de auxiliares de marcha têm facilidades em aceder ao posto médico. Está bastante acessível a todos os atletas lesionados.” - “(...) uma avaliação bastante positiva (...) não quer dizer que numa fase de maior procura do posto médico não se note a falta de uma marquesa ou de um aparelho.” - “Acho que todos os atletas sabem onde nós estamos (...)” - “O sistema informático começámos a usar agora há pouco tempo (...) por isso ainda não está ainda muito operacional.” - “No departamento acho que estão reunidas essas condições. Isso também depende muito da mentalidade de cada um dos profissionais em relação às regras de assepsia dos locais e mesmo do pessoal.”

Quadro resumo da entrevista HP		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	<p>- “O departamento clínico em questão que temos estado aqui a falar, acho que muito importante é as reuniões que falámos. Acho que deviam ser mais periódicas entre o pessoal, de forma a agilizar às vezes pequenos pormenores que surgem (...)”</p> <p>- “E essas tais reuniões iam colmatar essa falta ou (...) mal entendidos que vão surgindo ao longo do dia a dia.”</p> <p>- “Por exemplo de semana a semana ou 15 em 15 dias.”</p>	<p>- “Se existe modelo ideal não sei. Sei que o desta instituição é um modelo bastante prático e exequível. As tais duas vertentes coordenadoras, a área médica e paramédica. Acho que é bastante exequível, como disse.”</p> <p>- “E modelo ideal, na minha ideia, é todo aquele modelo que chega-se ao fim do ano e faz-se uma avaliação positiva onde as pessoas trabalham com gosto e os atletas são recuperados bem. Tudo isso vai convergir num modelo ideal.”</p>

Quadro resumo da entrevista MP			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<p>- “(...) o departamento clínico está organizado como uma única equipa multidisciplinar.”</p> <p>- “(...) um médico que é o coordenador do departamento a quem todos os elementos reportam (...) dois médicos na área médica (...) cinco fisioterapeutas três enfermeiros e ainda um socorrista (...) Mas destes 9 (...) há dois que só colaboram connosco ao fim de semana e feriados nos jogos nos torneios.”</p> <p>- “Eu não tenho conhecimento de plano de actividades nenhum. No entanto eu tenho ideia que cada um de nós está consciente do seu papel e funções dentro do serviço (...)”</p> <p>- “(...) não sinto que exista esse envolvimento (...) Por vezes isto leva a alguma desmotivação da nossa parte.”</p> <p>- “(...) existem responsáveis por determinadas áreas ou sectores (...) Nós somos responsabilizados não por aquilo que corre bem, mas se calhar quando alguma coisa corre mal.”</p> <p>- “(...) com o tempo e com o surgir de novas necessidades, as nossas áreas de intervenção acabaram por se misturar um pouco (...) começou-se a gerar alguma confusão e desorganização, que muitas vezes leva em perda ou de informações preciosas ou então até mesmo a desentendimentos internos.”</p> <p>- “(...) quanto aos recursos materiais parece-me que têm sido suficientes para cobrir as necessidades do departamento (...) Embora por vezes haja uma lotação do posto médico e os fármacos em stock, (...) sejam insuficientes (...) depende das necessidades (...)”</p> <p>- “Relativamente aos recursos humanos, aí sim, considero que haja uma lacuna que deveria ser resolvida (...) existem 13 equipas(...) E somente 9 paramédicos (...)”</p> <p>- “(...) o facto de não termos todos o mesmo horário leva a que, não havendo reuniões periódicas, fiquem assuntos por tratar e alguns casos e tratamentos por debater (...) perde-se informação (...)”</p> <p>- “(...)infelizmente não existe esse tipo de iniciativas no departamento (...) só me recordo do almoço de Natal e dos bilhetes que deram para o circo (...)”</p>	<p>- “(...) está completamente assegurada a confidencialidade.”</p> <p>- “(...) quando estamos a trabalhar ouvimos e conversamos com os atletas (...) se notamos que há algo que deveria mudar, apresentamos a nossa sugestão ao coordenador do serviço (...)”</p> <p>- “(...) Isso, de qualquer maneira, depende sempre do bom senso de cada um, e por vezes isso não chega.”</p>	<p>- “(...) há um envolvimento na promoção de outros departamentos muito informal e muito disperso. Na minha opinião deveria haver sessões ou reuniões, como eu referi à pouco com esse objectivo.”</p> <p>- “(...) que eu tenha conhecimento não somos consultados neste sentido.</p> <p>- “(...) também não desenvolvemos este tipo de actividades. No entanto (...) vamos conversando com os atletas e os outros profissionais e vamos dando algumas orientações nesse sentido. Por exemplo, usem este tipo de botas e não o outro, porque é mais propício a entorses (...) ou (...) nesta fase da recuperação o atleta tem que fazer mais alongamentos activos ou tem que treinar com uma coxa elástica. Mais coisas desse género.”</p>

Quadro resumo da entrevista MP			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) todos os treinos e jogos são sempre acompanhados por um elemento do departamento clínico. E mesmo os treinos dos seniores e juniores por vezes por dois elementos, um fisioterapeuta e um médico.” - “O posto médico encontra-se aberto até às 21h30. Todos os dias há horário de consulta.” - “(...) todos os elementos do departamento estão contactáveis por telemóvel (...) 24 h por dia. Eu pessoalmente já cheguei a receber chamadas às duas, três da manhã. Chamadas inclusivé antes dos treinos.” - “Existem normas de orientação que estão informalmente implantadas no departamento clínico quanto à sua organização e funcionamento e também para as lesões. Mas escrito, escrito não existe nada (...) o que por vezes gera alguma confusão e desorganização no serviço.” - “Normalmente quando alguém tem de se ausentar por algum motivo, o seu substituto é do conhecimento dos colegas. Normalmente, porque nem sempre é assim...” - “(...) inicialmente entendia-se por serviços mínimos o acompanhamento dos jogos e o acompanhamento dos treinos (...) acho que essa situação ainda não está bem definida (...) não é compreendida por todos. A mim parece-me que é consoante a vontade ou disposição de certos elementos (...) Não há uma norma pré-estabelecida, que eu acho que deveria haver. Bem como ser realizada uma escala de serviço.” - “(...) houve duas reuniões no presente ano.. sim, foram duas.. com as chefias de topo, que na minha opinião foram mal orientadas, e muito pouco conclusivas (...) perdeu-se muito tempo a debater questões alheias ao departamento (...)” - “Os fármacos são prescritos pelo médico. Se os tivermos em stock são imediatamente cedidos ao atleta. Não havendo, é passada uma receita para o atleta aviar na farmácia. Quanto aos exames são prescritos, é enviada a prescrição para a direcção do clube para ser aprovada. É marcado o exame pelos serviços administrativos e o departamento e atleta são informados da realização do exame. Eu sei que assim parece muito burocrático, mas chegam a ser marcados exames para o próprio dia ou para o dia seguinte em situações urgentes.” - “(...) só são manipulados por pessoal autorizado (...)” - “Não é feita qualquer avaliação que eu tenha conhecimento (...) Não existe avaliação de desempenho (...)” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) não existe esta política, mas devia existir. No entanto somos poucos elementos e já é difícil colmatar a falta por doença, quanto mais por formação. Se bem que é sempre importante...” - “(...) não existe este tipo de sessões clínicas (...)” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) dois degraus que existem à entrada, mas que são facilmente transponíveis. Portanto, o parque de estacionamento fica mesmo à frente do departamento.” - “(...) o espaço não é muito grande também é difícil perderem-se.” - “(...) já se passaram alguns meses desde que temos o computador no consultório e nenhum desses sistemas de comunicação parece estar a funcionar.” - “(...) o espaço é pequeno, as instalações são antigas.” (...) Não existe nenhum extintor caso haja acidente (...) o quadro da electricidade fica a cerca de 50 metros do edifício, o que demora o tempo de resposta em caso de curto circuito (...) nós trabalhamos com aparelhos de electroterapia, o que vem a agravar um pouco mais esta situação.”

Quadro resumo da entrevista MP		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	<ul style="list-style-type: none"> - “Sinceramente acho que devíamos procurar melhorar estas questões que acabei agora mesmo de referir.” - “Dever-se-ia criar um gabinete ou dois para efectuar os tratamentos mais delicados em privado.” - “E outra questão que considero fundamental, se não a mais importante, e volto a referir, são as sessões clínicas. Uma vez por semana, pelo menos, deviam-se reunir todos os elementos do departamento para falar e debater questões clínicas organizativas e outras que sejam pertinentes na altura.” - “As reuniões com as chefias de topo também poderiam ser mais produtivas.... Mas isso só poderia assim ser depois de termos reuniões internas no departamento com regularidade e em que se discutissem as questões abertamente.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Eu acho que o modelo que temos actualmente não está mal, ou pelo menos não me parece mal. Claro que há procedimentos que são fundamentais para o funcionamento de uma equipa que ainda não estão implantados na nossa, como por exemplo as reuniões. Escalas de trabalho mais eficientes e mais eficazes para os jogos aos fins de semana e feriados, para nos permitir a tal liberdade de um fim de semana livre por mês, por exemplo.” - “E como já referi também, eu acho que deveriam ser integrados, pelo menos, mais 2 ou 3 elementos na equipa para assegurar, pelo menos, o acompanhamento destes jogos.” - “Dada a nossa situação actual, estes parecem-me os pontos mais importantes.”

Quadro resumo da entrevista AM			
Dimensão	Categorias do estudo		
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - “Temos sempre alguém no posto médico que qualquer hora do dia.” - “(...) quando há muitos treinos ou jogos ao mesmo tempo as coisas complicam-se, temos que andar a correr de um lado para o outro. Mas até agora temos conseguido dar resposta a todas as situações. “ - “Um plano de actividades não, mas existem sempre objectivos estipulados para o departamento (...) cada um de nós tem os seus objectivos pessoais. Mas no fundo somos uma equipa, e isso é que é realmente importante. Trabalhamos todos para o mesmo (...)” - “No nosso departamento os nossos objectivos são fundamentalmente recuperar os atletas lesionados e prevenir novas lesões ou acidentes. Para conseguirmos isto, temos sempre elementos presentes no posto médico e nos treinos e jogos.” - “Existem algumas reuniões com a direcção, mas são raras (...) depois das reuniões pareceu que o serviço ficou mais organizado (...) Algumas semanas depois voltou tudo ao mesmo (...)” - “Surtem problemas na marcação dos jogos, nas escalas de treinos, na requisição de medicamentos. E o problema é que nunca ninguém assume os erros ou é responsabilizado.” - “Existe o médico coordenador, que coordena os médicos e todo o departamento. Mas é uma pessoa muito ausente (...) existe também um coordenador dos fisioterapeutas que é por quem os assuntos são normalmente tratados. Mas é uma pessoa que não se assume muito...” - “(...) ao nível dos vários escalões é que cada um de nós passou este ano a acompanhar uma equipa (...) os jogadores (...) habituam-se a um de nós que os acompanha do principio ao fim da lesão.” - “(...) cada um de nós tem a sua equipa e juntamente com os treinadores, delegados, etc. faz parte de uma equipa técnica. E ao mesmo tempo fazemos todos parte da equipa médica (...)” - “(...) os stocks entram em ruptura (...) há falta de pessoal paramédico para dar assistência nos jogos durante o fim de semana (...)” - “(...) quase todos trabalhamos noutra sítio onde também temos horários a cumprir.” - “(...) o espírito de equipa existe (...) devia haver um maior convívio informal.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Todo o atleta tem o direito de ser bem tratado em termos de sigilo profissional. Todos têm um processo clínico o qual se torna sigiloso e ao qual só pessoal autorizado tem acesso.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) nós transmitimos sempre recomendações aos atletas e aos nossos colegas de outros departamentos. É esse o nosso trabalho, paralelamente com a nossa intervenção directa.” - “(...) transmitimos aos treinadores, jogadores, etc. recomendações para que os objectivos possam ser mais facilmente atingidos.”

Quadro resumo da entrevista AM			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<p>- “(...) o posto médico está aberto das 9h da manhã às 9h da noite. Mesmo quando um atleta precisa de cuidados especializados, vai um de nós com ele ao hospital ou fazer algum exame que seja necessário. Também se realizam consultas médicas todos os dias de 2ª a 6ª feira ao final do dia no posto médico. Isso é muito importante pois o futebol de formação é composto por mais de 200 atletas, ou seja, todos os dias há situações mais ou menos complicadas e a intervenção do médico é solicitada.”</p> <p>- “Reuniões há sempre, mas se calhar não podem ser entendidas como reuniões multiprofissionais internas do departamento. Isto porque nunca estão todos os membros do departamento presentes. Uma vez faltam os médicos porque não podem estar presentes, seja qual for o motivo. Outras vezes um enfermeiro ou fisioterapeuta porque tem que estar alguém presente num treino ou num jogo que se está a realizar noutra local.”</p> <p>- “(...) no entanto admito que este tipo de reuniões faz muita falta. Há algumas situações que poderiam correr melhor se fossem debatidas abertamente por todos.”</p> <p>- “Os medicamentos são prescritos pelo médico, assim como os exames de diagnóstico. Para os atletas do centro de estágio, temos medicamentos em stock que normalmente disponibilizamos, para os outros é passada uma receita para aviarem na farmácia. Quanto aos exames são realizados numa clínica com a qual o clube tem um acordo.”</p> <p>- “Sim, só nós, os enfermeiros, os fisioterapeutas e claro, os médicos, é que temos autorização para consultar os registos clínicos.”</p> <p>- “Há muitas atitudes que são tomadas pelas chefias que me deixam surpreendido. Não percebo como podem tomar algumas dessas atitudes sem terem nenhuma base ou algo concreto que suporte essa decisão.”</p>	<p>- “(...) o clube organizou um congresso de traumatologia desportiva e solicitou a nossa colaboração na organização do congresso e também na realização de palestras e workshops. Para isso já houve encorajamento e muito. Eu até sou a favor desse tipo de situações, mas acho que também se deviam divulgar e apoiar outras formações. Este congresso que se realizou contribuiu com uma grande receita para o clube, e teve também muitos patrocínios a nível de material o que acabou por ser muito positivo para todos.”</p> <p>- “(...) é muito difícil estarmos todos presentes. Eu até acho que acabo por ser prejudicado, pois a maior parte do meu trabalho é no acompanhamento de treinos e jogos. Isto leva a que fique muito tempo fora do posto médico que acaba por ser o ponto de encontro de todos. A nossa “base” de trabalho (...)”</p> <p>- “Já aconteceu (...) estarmos dois meses sem qualquer reunião.”</p>	<p>- “O espaço é bem aproveitado. Há sete marquesas. Quatro para electroterapia, uma para laser e duas para outras situações menos específicas, como massagem, ultrasounds, ligaduras, pensos, etc.. O próprio atleta acaba por estar sempre a desenvolver uma parte do tratamento (...)”</p> <p>- “Para a consulta só há um consultório, mas também só há um médico por dia a dar consulta.”</p> <p>- “(...) normalmente na hora da consulta o posto médico fica com o ambiente um pouco descontrolado. São uns à espera da consulta, outros que sejam tratados, a juntar já aos que estão a fazer tratamento.”</p> <p>- “Não temos telefone nem fax. Mas já temos uma fotocopiadora, o que já nos facilita o trabalho. O computador já tem Internet, mas não é muito utilizado.”</p> <p>- “(...) de uma maneira geral não estamos mal servidos, tendo em conta a realidade em Portugal. Já passei por muitos clubes que certamente gostariam de ter as condições que nós temos.”</p>

Quadro resumo da entrevista AM		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	<p>- “Vou dizendo sem ordem de preferência algumas sugestões que eu faria. Antes de mais colocar mais paramédicos a realizar os treinos e os jogos. Todos temos família e acabamos por estar muito sobrecarregados ao fim de semana com 2, 3 ou 4 jogos em apenas dois dias. Sem descanso (...)”</p> <p>- “Durante a semana também acho que deviam ser feita uma escala para quem faz os treinos fora do posto médico. Senão acontece como tem acontecido que são sempre os mesmos a ser prejudicados e a ir para o frio e para a chuva. Eu não concordo com isso.”</p> <p>- “Outra... Devia haver mais reuniões para discutir alguns casos e algumas destas questões.”</p> <p>- “Isto é outra questão, mas só há dois motoristas ao serviço, para os jogos e treinos. Muitas vezes falta transporte para esses mesmos jogos ou treinos, para os jogadores irem fazer alguma ecografia ou outro exame, etc. e somos nós que temos que disponibilizar o nosso carro para essas situações. Não acho isso correcto.”</p> <p>- “Há muitas coisas que poderiam melhorar, mas acho que estas são as mais importantes que me lembro. Uma coisa de cada vez.”</p>	<p>- “Não sei... Acho que prefiro não responder a essa questão. Quer dizer, é sempre complicado definir um modelo ideal. Será que existe um modelo ideal?!?! Mas acima de tudo acho que era importante que as situações fossem discutidas abertamente. Deviam haver mais reuniões internas e com os membros da direcção para tentar resolver da melhor maneira as situações que vão surgindo.”</p> <p>- “A falta de pessoal para fazer os jogos também é uma situação que se fosse colmatada viria a resolver muita coisa. Mas isso implica mais custos para pagar o trabalho. Sim, porque nós podemos fazer um jogo ou três jogos e recebemos o mesmo. Não há qualquer tipo de compensação ou incentivo. Por isso é que não lhes interessa contratar mais pessoas para esse trabalho. São situações complicadas, e que é difícil alterar.”</p>

Quadro resumo da entrevista AC			
Dimensão	Categorias do estudo		
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
	<p>- “(...) de manhã há duas equipas a treinar, de 2ª a 6ª feira os juniores e de 3ª a sábado os seniores B. Há sempre pelo menos um de nós que acompanha essas equipas. Normalmente são dois colegas fisioterapeutas. Os treinos das restantes equipas são à tarde entre as 17h e as 21h (...) Durante todos os treinos ou jogos ou torneios há sempre um elemento (...) do posto médico, a acompanhar os jogadores e a equipa. Aqui no posto médico, também está sempre alguém a dar apoio e a efectuar os tratamentos durante todo o dia. Quando alguém falta, vem um colega substituir, por isso o serviço é sempre assegurado.</p> <p>- “(...) os tratamentos são efectuados durante todo o dia. Não há hora marcada (...) Só quando há tratamentos bi-diários, mas isso é mais para os juniores e os seniores. As consultas médicas é que têm hora marcada (...) entre as 17h e as 19h.”</p> <p>- “(...) os jogadores são atendidos por gravidade ou urgência do caso e depois por ordem de chegada.</p> <p>- “(...) são lançadas escalas todas as semanas com os planos dos treinos e jogos das equipas todas. Essas escalas são entregues aos vários departamentos, ao departamento médico, à rouparia, aos motoristas, ao centro de estágio, etc.. Depois cabe a cada serviço organizar-se consoante as necessidades e o pessoal disponível.”</p> <p>- “Nós somos informados das actividades que há, ou seja dos jogos e treinos. E a partir daí cada departamento é responsável pela sua “<i>auto-gestão</i>”.”</p> <p>- “O grande problema é sermos poucos elementos para muitas equipas, logo muitos jogos e muitos treinos. As actividades desportivas do clube não estão centralizadas, ou seja, há treinos em vários sítios ao mesmo tempo. O que faz com que haja uma dispersão das pessoas (...)”</p> <p>- “(...) um clube com estas dimensões e com os objectivos a que se propõem todos os anos devia apostar mais no seu potencial interno e quando digo isto refiro-me a reforçar com mais recursos financeiros, materiais e humanos, por exemplo o departamento médico (...)”</p> <p>- “(...) A informação costuma circular ou ficar registada nos processos dos jogadores, ou nas folhas de tratamento (...)”</p> <p>- “(...) não costuma haver muitas iniciativas a promover o espírito de equipa. Acho que o desporto por si só já o faz.”</p>	<p>- “(...) alguma informação da situação clínica e desportiva do jogador tem que ser partilhada entre departamento médico e treinadores e mesmo membros da direcção. Mas tudo a nível interno.”</p>	<p>- “(...) Estamos sempre atentos à intervenção dos outros departamentos e estamos, sempre que necessário, a sensibilizá-los e a envolvê-los na promoção da saúde.”</p> <p>- “(...) Existe a tal sensibilização que eu já referi, mas não são situações officiosas ou actividades específicas. Acho que este pode ser um dos próximos passos a dar na profissionalização e na formação quer dos jovens jogadores quer dos outros departamentos do clube.”</p>

Quadro resumo da entrevista AC			
Dimensão	Categorias do estudo		
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
	<p>- “(...) esta questão é primordial. Não é sequer aceitável que os cuidados não sejam prestados de imediato (...) há sempre alguém do departamento presente no treinos, jogos e torneios. Há consultas médicas todos os dias da semana, de 2ª a 6ª feira e os jogadores também têm os nossos contacto de telefone para qualquer emergência. Faz parte do nosso trabalho estarmos disponíveis 24h por dia, embora por vezes seja um pouco chato, sermos incomodados no nosso dia de folga, ou fora do horário de trabalho.”</p> <p>- “Há sempre esse conhecimento quando é uma situação planeada. Obviamente, que se um de nós adoecer de um dia para o outro, é complicado comunicar isso a todos. Mas são tomadas as medidas necessárias para que os serviços estejam assegurados.”</p> <p>- “(...) Existem poucas reuniões. Como não há uma centralização (...) dos treinos e das actividades, é muito complicado reunirmos toda a equipa.”</p> <p>- “Tanto os medicamentos, como os exames que os atletas fazem são sempre prescritos pelo médico. Por vezes, nós temos autonomia para administrar um anti-inflamatório ou paracetamol aos jogadores. Mas é só quando o médico não está presente e posteriormente comunicamos sempre a situação.”</p> <p>- “Os exames como os Rx as ecografias as RMN são sempre prescritos pelo médico e autorizados pela administração (...)”</p> <p>- “(...)só os funcionários do Departamento clínico têm autorização para consultar as fichas clínicas do atletas.”</p> <p>- “Não existem esses tipos de avaliações. Pelo menos no nosso departamento. No entanto creio existir algumas medidas nesse sentido no departamento de prospecção e ao nível dos treinadores. Mas connosco ainda não.”</p>	<p>- “Normalmente não somos encorajados pela instituição nesse sentido. Mas quando surge uma situação, um curso ou um congresso, tentamos que seja fora dos nossos horários de trabalho. Quando não é possível, arranjamos alguém que nos substitua, um colega. Mas é sempre complicado gerir estas situações, porque somos poucos e há muitas actividades para assegurar.”</p> <p>- “(...) há algumas reuniões, mas não são regulares, e também não se discutem casos clínicos. São mais para debater situações internas do nosso departamento.”</p>	<p>- “O parque de estacionamento é mesmo à frente do posto médico. Mas se for um jogador que vem de metro ou de autocarro ainda tem que andar uns 5 minutos até chegar ao posto médico.”</p> <p>- “O equipamento já é um bocado antigo (...) neste momento temos duas máquinas de TENS e Correntes a funcionar, temos um aparelho de laser e um ultra som. Há também um aparelho simples de pressoterapia, a parafina que raramente é utilizada. As máquinas de musculação para o fortalecimento, na fase final das recuperações.”</p> <p>- “Quanto ao espaço, durante a maior parte do dia é suficiente, mas entre as 17h30 e as 19h torna-se pouco. Acho que podemos dizer que a essa hora é a “hora de ponta no posto médico”. Quer por causa das consultas, quer porque é a hora a que começam várias equipas a treinar ao mesmo tempo e os jogadores vão fazer algum curativo ou preparação para o treino.”</p> <p>- ““Reunidas todas as condições”, certamente que não estão, mas tendo em conta outros clubes por onde já passei e também conversa com colegas, não estamos mal servidos.”</p>

Quadro resumo da entrevista AC		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	<p>- “Há muita coisa que poderia ser melhorada. Como em tudo, estamos sempre longe da perfeição. Todos os serviços têm os seus pontos fracos ou as suas limitações. No nosso departamento acho que, o facto de sermos poucos a acompanhar muitos jogos nos desgasta muito e acaba por desmotivar. Se fossem integrados mais 2 ou 3 colegas para dar apoio nos jogos e nas actividades de fim de semana, as coisas já melhorariam bastante. Isto tendo em conta que as actividades do clube acabam por estar descentralizadas. Com o novo Centro de estágio acredito que as coisas vão melhorar. Mas para isso é necessário fazer um levantamento dos problemas actuais, para que não se caia nos mesmo erros e os possamos corrigir ou melhorar.”</p> <p>- “Também não há muitas reuniões, como eu já referi. Acho que as reuniões também iriam enriquecer o nosso trabalho porque levam a discussão de situações, no bom sentido da palavra, e aos poucos poderíamos ir corrigindo determinadas situações mais pontuais ou mesmo regulares.”</p> <p>- “Quanto aos treinos e jogos deveria haver uma escala pré-definida que não prejudicasse nenhum de nós. Isto porque todas as semanas chega uma escala ao posto médico que é preenchida e completada pelo sub-coordenador, e eu acho que há algumas pessoas que são, na maior parte das vezes, prejudicadas. Nem todos temos o mesmo tratamento (...)”</p> <p>- “Também acho que deveria haver uma sala de espera para os jogadores que estão à espera de consulta ou de tratamento. Principalmente naquele horário que eu referi que é o mais crítico.”</p> <p>- “Os materiais consumíveis, por vezes também não são repostos com a eficácia que deveriam ser. Isso também leva a alguma instabilidade e alguns conflitos. É uma situação que com uma gestão interna mais cuidada e atenta também se pode evitar ou reduzir.”</p> <p>- “Há várias situações, mas para isso é preciso que haja preocupação e vontade por parte de todos para alterar estas situações. Vamos ver como é nas novas instalações.”</p>	<p>- “É complicado definir um modelo ideal. Eu acho que não há modelos ideais, as pessoas cometem erros (...) errar é humano. O que podemos fazer é tentar minimizar esses erros, criando alguns procedimentos e normas de funcionamento que prevejam e antecipem determinadas situações. Procurando criar um bom relacionamento entre colegas. Criando rotinas, estabelecendo escalas de trabalho mais justas (...)”</p>

Quadro resumo da entrevista CC			
Dimensão	Categorias do estudo		
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - “O Departamento Clínico é coordenado por um médico e é composto por 10 elementos, sendo 5 fisioterapeutas, 3 médicos e 2 enfermeiros. Os médicos estão responsáveis pelo acompanhamento das equipas (juniores e seniores B) nos jogos e também efectuam consultas durante a semana +/- das 19h as 21h. Os fisioterapeutas têm a seu cargo, o tratamento e manutenção de todos os jogadores que necessitem dos seus cuidados no posto médico durante todo o dia, e em campo durante os treinos e jogos. Por isso, há um acompanhamento constante de um fisioterapeuta em cada equipa.” - “(...) existe apenas um plano com as datas dos jogos e actividades para os nossos atletas, assim como os dias e horários dos seus treinos. Com base nessas datas o departamento organiza-se segundo os recursos humanos disponíveis, para poder dar apoio aos jogadores.” - “Existe um coordenador geral do departamento médico e depois uma espécie de sub-coordenador que é responsável pela equipa paramédica.” - “(...) estão claramente definidos no início da época, e depois vão-se adaptando consoante o que surge no decorrer da época.” - “É uma equipa constituída por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, que trabalham todos em conjunto para um mesmo objectivo, a recuperação e manutenção do atleta.” - “(...) os recursos humanos são insuficientes, porque por vezes temos de andar a correr de um lado para o outro para podermos dar resposta a todo o nosso trabalho. Os recursos materiais são suficientes quando pedidos com antecedência, quando há atrasos nos pedidos é que entram um pouco em ruptura. Relativamente aos recursos financeiros não tenho conhecimento.” - “A informação (...) não (...) é partilhada da melhor forma. Esta apenas é escrita em processos clínicos, que por vezes não estão bem organizados.” - “(...) o clube desportivo em que o departamento clínico está inserido, promove apenas o jantar de natal e alguns almoços antes dos jogos.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) é respeitada a confidencialidade de dados pessoais. As informações pessoais que existem, estão guardadas em processos individuais que não podem ser observados por pessoas alheias ao serviço.” - “(...) quando há sugestões por parte dos atletas, elas são ouvidas pelos profissionais e posteriormente comunicadas ao coordenador do departamento clínico. O coordenador perante as sugestões toma as decisões que entender.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “O departamento clínico não tem intervenção na criação desses ambientes saudáveis, mas dá orientações aos atletas sobre o que é correcto ou não.” - “A educação para a saúde é feita pelos profissionais do departamento clínico quando estão em contacto com pessoas de outros grupos.”

Quadro resumo da entrevista CC			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - “Sim, promovemos a obtenção atempada de cuidados e seu aconselhamento de modo a minimizar os riscos de lesão nos atletas.” - “Sim, os jogadores têm acesso ao telemóvel de trabalho de cada elemento do departamento médico para esclarecimento de qualquer dúvida.” - “(...) há sempre alguém do departamento a acompanhar a equipa e também no posto médico. Logo que há lesão os atletas são imediatamente assistidos.” - “(...) todos temos orientações que nos foram ditas, mas não existe nada em papel.” - “(...) no que se refere a férias, estas normalmente são comuns à maioria das pessoas, uma vez que costuma coincidir com a altura em que os jogadores estão fora da época desportiva. As férias são assim todas na mesma altura o que facilita as substituições porque o departamento médico não tinha elementos suficientes para se ausentarem durante a época.” - “Pelo menos o acompanhamento dos atletas em treinos e jogos é sempre assegurado.” - “(...) já houve reuniões, mas na minha opinião não são regulares e organizadas como deveriam ser.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Por enquanto não existe.” - “Ainda não se preocuparam com isso.” - “Sessões clínicas organizadas não existem, os casos apenas são discutidos entre os profissionais quando há duvidas.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Sim, a porta do departamento tem ligação directa para o estacionamento, apenas não há condições para circular dentro do departamento em cadeira de rodas, devido à falta de espaço na passagem.” - “Estão bem organizadas em termos de equipamento e em número certo para quantidade de atletas que têm necessitado de tratamento.” - “(...) temos apenas um computador que ainda não tem muito uso clínico (...) temos acesso à internet através do único computador e é cedido um telemóvel de trabalho a cada elemento do departamento clínico.” - “Relativamente à saúde e higiene ela falha na manutenção do espaço de trabalho em termos de limpeza geral e do ar condicionado . A segurança no trabalho peca em termos de não existir equipamento para intervenção em caso de acidente, como por exemplo (...) um extintor (...)”

Quadro resumo da entrevista CC		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	- “Deveriam de existir orientações gerais descritas para os procedimentos efectuados no posto médico. Um escala afixada com quem trabalha e onde trabalha. E também deveriam ser organizadas reuniões clínicas, no mínimo mensalmente para discussão de casos clínicos e situações do departamento, de modo ao serviço ser melhorado.”	- “Já referi na questão anterior o que poderia ser mudado, ou seja, com essa alterações seria o modelo ideal. E depois só através das reuniões clínicas é que vamos ter acesso ao que está mal e poderá ser pensada uma maneira de mudar para melhor.”

Quadro resumo da entrevista CB			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - “O departamento está organizado em função dos treinos, jogos e atletas lesionados. Existem 3 médicos, 5 fisioterapeutas e 3 enfermeiros que se organizam de modo a assegurar o serviço do departamento clínico (...)” - “No início da época cada um teve conhecimento da equipa que deve acompanhar e a partir daí, consoante as necessidades, vamo-nos adaptando.” - “(...) existe um plano de actividades para jogadores e não propriamente para o departamento clínico.” - “(...) os órgãos de gestão não costumam envolver os profissionais, pois este plano também não está devidamente definido.” - “A equipa é multidisciplinar uma vez que é formada por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros. Trabalhando todos os elementos desta equipa em função dos atletas da instituição desportiva.” - “Não existe descrição das funções da equipa, mas cada um sabe o papel que tem dentro da equipa porque o número de profissionais do departamento é reduzido.” - “(...) os materiais (...) têm sido insuficientes para o trabalho que se executa no departamento.” - “(...) considero importante para fortalecer a relação dentro da equipa. Apenas existe uns almoços com os atletas antes dos jogos, mas isso praticamente está inserido num ambiente de trabalho.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) toda a informação clínica dos atletas é confidencial. O acesso a essa informação dos processos clínicos é apenas para o pessoal autorizado do departamento médico.” - “Os atletas quando têm sugestões dizem directamente aos profissionais do departamento.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) esse é também um objectivo do nosso departamento, uma vez que somos todos profissionais de saúde. Ao lidarmos directamente com as pessoas, estamos sempre na posição de sensibilizar para a promoção de saúde.” - “Actividades planeadas não existem. A educação para a saúde no nosso departamento normalmente é feita no dia-a-dia directamente com os outros profissionais e atletas.”

Quadro resumo da entrevista CB			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<p>- “(...) está sempre presente um de nós no acompanhamento da equipa em treinos e jogos e existe também pelo menos um profissional no gabinete do nosso departamento. O médico também está sempre contactável para qualquer eventualidade.”</p> <p>- “(...) o médico e também os outros profissionais do departamento tem um telemóvel de serviço, em que o n.º número é cedido aos atletas para esclarecimento de qualquer dúvida.”</p> <p>- “(...) há sempre um de nós presente nos treinos e jogos dos atletas. O elemento que acompanha a equipa está apto para intervir nesses cuidados.”</p> <p>- “(...) Não existem normas escritas, mas cada um de nós sabe o que fazer perante cada lesão.”</p> <p>- “(...) normalmente quem tem de faltar tem de pedir a um colega que o substitua e depois informa à equipa que não vai estar presente e quem o vai substituir.”</p> <p>- “Os nossos serviços têm sempre que ficar assegurados. A única situação que se pode aplicar serviços mínimos é no gabinete do departamento. Porque no gabinete podem estar num dia normal mais do que um profissional, mas em caso de substituição pode ficar apenas um, para que se possa assegurar o acompanhamento de todos os atletas nos treinos e jogos.”</p> <p>- “(...) este ano tivemos apenas 2 reuniões.”</p> <p>- “É feita na consulta com o médico do departamento clínico. Quando é preciso é combinada uma hora com o médico para poder observar o atleta e depois receitar o que for necessário.”</p> <p>- “(...) são manipulados apenas pelos profissionais do departamento e estão arquivados no gabinete de consulta do médico, que considero um local seguro.”</p> <p>- “Não existe qualquer avaliação dos profissionais. Quando estamos insatisfeitos, aqueles que reclamam, normalmente comunicam com o coordenador do departamento.”</p>	<p>- “Não existe uma sessão clínica marcada, a discussão e revisão de casos apenas surge pontualmente quando existe dúvidas no caso de algum atleta ou caso específico.”</p>	<p>- “Para os lesionados que têm boleia até ao departamento têm boas condições, no entanto para aqueles que só têm a possibilidade de ir de transportes públicos, os acessos são mais complicados porque o departamento fica longe de transportes públicos e não existe nenhum carro disponível para transportar esses atletas da paragem dos transportes até ao departamento.”</p> <p>- “(...) os nossos equipamentos são suficientes.”</p> <p>- “Relativamente à sala não há privacidade para o atleta, pois existem 4 marquêsas lado a lado sem qualquer tipo de separação.”</p> <p>- “(...) ainda não damos muito uso ao equipamento informático que temos. Foi uma aquisição relativamente recente com o objectivo de inserir os dados dos atletas, no entanto apenas está a ser mais utilizado no acesso à Internet.”</p> <p>- “O sistema de comunicações funciona por telemóveis fornecidos pela instituição desportiva a todos os profissionais.”</p> <p>- “A limpeza para mim não tem sido bem feita, o que me leva a dizer que as condições de Higiene e Saúde não são boas. Relativamente à segurança no trabalho não há qualquer indicação de como agir em situação de emergência, e deveria haver porque lidamos com aparelhos ligados a corrente eléctrica, correndo o risco de um curto-circuito ou outra situação de emergência.”</p>

Quadro resumo da entrevista CB		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	- “Primeiro que tudo, deveria haver mais recursos humanos, para podermos gozar dias de folga. Neste momento há fins-de-semana que temos de trabalhar os dois dias o que se torna muito cansativo para nós, diminuindo assim a nossa rentabilidade. De seguida deveriam ser organizadas as tais reuniões pelo menos mensalmente, para trocar informações dentro do serviço, de modo a corrigir ou melhorar o que não está bem.”	- “O modelo ideal é aplicar as sugestões que referi na questão anterior. Porque sem mais elementos na equipa há um cansaço da nossa parte e desmotivação pelo trabalho. Havendo mais pessoas para poder fazer pelo menos os jogos de fim-de-semana era o ideal. As reuniões clínicas para mim também são importantes para podermos falar e ouvir as opiniões de todos os que trabalham no departamento para assim haver modificações no sentido de melhorar o serviço.”

Quadro resumo da entrevista CL			
Dimensão	Categorias do estudo		
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	Organização e Gestão	Direitos dos Utilizadores	Promoção da Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - “Existem algumas lacunas, como em todos os serviços (...)” - “O departamento está a funcionar durante todo o dia de 2ª a 6ª feira e há consultas médicas diariamente. Eu venho cá 2 horas 2 vezes por semana e também dou apoio aos treinos dos Juniores 1 vez por semana. Há um colega meu que dá um apoio semelhante ao meu, 2 vezes por semana no posto médico e um treino dos juniores. O Médico coordenador vem uma vez por semana à consulta e dá apoio 2 vezes por semana aos treinos da equipa B, os séniores.” - “Quando nós não estamos presentes há sempre os fisioterapeutas ou enfermeiros que sabem quais os procedimentos e que, quando existe alguma dúvida, nos contactam.” - “Os objectivos são simples. Recuperar os atletas nas melhores condições possíveis para que possam retomar a actividade e ajudar o clube a cumprir os objectivos desportivos estipulados.” - “(...) temos um planeamento que é feito semanalmente através do lançamento de escalas para podermos dar o apoio necessário nos jogos.” - “Na minha opinião existe um planeamento atempado.” - “Não há uma elaboração rígida do planeamento das actividades. O importante é que sejam cumpridas, que os objectivos sejam assegurados.” - “Estou cá só há um ano e parece-me que há alguma desorganização na atribuição de tarefas e na gestão do serviço com situações simples.” - “Nos juniores é sempre o mesmo fisioterapeuta que acompanha a equipa e normalmente sou eu e outro colega que alternamos nos treinos e nos jogos que seguimos a equipa.” - “Isso é muito importante na transmissão eficaz da informação clínica dos jogadores. - “(...) as reuniões (...) que não existem ou são muito raras.” - “No departamento clínico não existe convívio informal. Às vezes vimos cá fora fumar um cigarrinho (...)” - “Existe sim a nível da equipa que acompanhamos! Todos os sábados antes dos jogos dos Juniores, encontramos-nos ao meio dia para almoçar, andamos um bocado a pé e depois seguimos para o jogo.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “A confidencialidade é sempre respeitada. Por vezes, temos que partilhar a situação clínica do jogador com os treinadores ou com os membros da direcção, dado o contexto em que nos encontramos. Mas isso é feito sem quebrar a confidencialidade dos detalhes médicos e pessoais.” 	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) formal ou informalmente estamos sempre a sensibilizar os atletas e os outros profissionais para a prevenção e promoção da saúde. Nós não actuamos só quando um jogador se lesiona, também temos um papel activo na prevenção.” - “Actividades promovidas por nós não existem. Existe sim, uma tentativa de sensibilização dos jogadores e dos restantes elementos da equipa técnica para a prevenção de lesões e para a promoção da saúde.”

Quadro resumo da entrevista CL			
Dimensão	Categorias do estudo		
	Prestação de Cuidados	Formação Contínua	Instalações
Análise/Descrição da Qualidade Organizacional	<p>- “Quanto ao atendimento e à prestação de cuidados pode-se dizer que é imediata. Mesmo que não seja por um médico, está sempre presente um fisioterapeuta ou um enfermeiro nas actividades e competições. Nos jogos dos escalões de juniores e séniores há também um médico sempre presente.”</p> <p>- “Todos os elementos do departamento, médicos, fisioterapeutas e enfermeiros têm um telemóvel de serviço fornecido pelo clube. E através desse número estão contactáveis 24 horas por dia, para situações que não impliquem consulta como disse ou para outras situações mais urgentes que possam surgir.”</p> <p>- “As coisas vão funcionando com o bom senso de todos nós. O que por vezes causa alguns conflitos, dado que nem todos pensamos da mesma forma e não existem orientações pré-definidas.”</p> <p>- “(...) as substituições são sempre combinadas com antecedência.”</p> <p>- “Os serviços mínimos são sempre assegurados. (...) Quando um de nós não pode cumprir a escala estabelecida, faz-se uma troca com outro colega.”</p> <p>- “Todos os serviços por onde passei têm reuniões de carácter regular para discutir casos clínicos e questões de âmbito interno do serviço. No nosso departamento, durante todo o ano, lembro-me de duas reuniões deste nível (...) o que é muito pouco para um departamento já de alguma complexidade. Há falta de diálogo entre nós, e a inexistência de reuniões é um exemplo disso. (...) Depois surgem os conflitos e mal entendidos simples que acabam por não ser resolvidos e gerar outras situações mais desagradáveis.”</p> <p>- “O Médico prescreve e o atleta recebe o medicamento, se estiver disponível ou vai à farmácia com a receita.”</p> <p>- “Quanto aos exames, o processo é um pouco mais complexo e controlado, mas acaba por também ser eficaz. O exame é pedido pelo médico, é autorizado pela administração e depois o atleta realiza o exame. A realização dos exames em tempo útil é uma das mais valias deste sistema. No entanto não existem ainda orientações específicas escritas para o pedido de elementos complementares de diagnóstico.”</p> <p>- “Até pode ser que existam estes tipos de avaliação que me perguntou, mas eu não tenho conhecimento da sua existência. Acho difícil existirem sem as pessoas envolvidas terem conhecimento.”</p>	<p>- “Se não existe encorajamento, também não existe levantamento das necessidades (...)”</p> <p>- “Existe, como já disse falta de diálogo. As reuniões são muito raras (...) claramente insuficientes (...)”</p>	<p>- “Não existe um local onde os jogadores possam aguardar a sua vez. Isso leva a que em determinadas situações haja muito barulho e confusão no posto médico. Isto, porque normalmente os jogadores esperam na própria sala de tratamento.”</p> <p>- “O consultório médico é um espaço muito pequeno (...)”</p> <p>- “Quanto ao equipamento para a realização dos tratamentos de fisioterapia e para a recuperação dos atletas, parece-me adequado.”</p> <p>- “Existe um computador com internet e uma fotocopiadora.”</p> <p>- “A fotocopiadora acaba por ser bastante útil pois permite-nos ficar com uma cópia de todos os registos que saem do departamento por exemplo os exames que são solicitados ou outros documentos. Ou seja, no fundo permite-nos salvaguardar o nosso trabalho.”</p> <p>- “(...) não tenho conhecimentos específicos de quais são as normas de saúde, higiene e segurança no trabalho. Mas (...) acho que não estão reunidas essas condições.”</p>

Quadro resumo da entrevista CL		
Dimensão	Categorias do estudo	
	Sugestões pessoais	“Modelo Ideal”
Sugestões de Melhoria	<p>- “Há alguns pontos que considero cruciais e que já deveriam estar implementados.”</p> <p>- “Um deles é a existência de reuniões periódicas com todos os elementos do departamento. Mesmo que não sejam semanais, que seria o ideal, pelo menos quinzenais. Não existem serviços perfeitos, mas o que pode e deve existir é vontade de melhorar e de fazer as coisas melhor. Isso consegue-se através do diálogo, que acaba por estar, de certa forma, inibido pela inexistência de reuniões.”</p> <p>- “Outra situação é não haver uma sala de espera ou um local apropriado onde os jogadores possam aguardar a sua vez para a consulta ou tratamento. Entram todos ao mesmo tempo no posto médico o que acaba por prejudicar o serviço. Muitas pessoas, muito barulho, num espaço que por si só já é pequeno.”</p> <p>- “Também faz falta um telefone no consultório médico e um aparelho de fax, por exemplo.”</p> <p>- “Quanto à saúde, higiene e segurança no trabalho, como já disse acho que essas condições não estão reunidas. Deveria ser feito um pequeno estudo e melhorar essas condições. Por exemplo, os caixotes do lixo não são limpos regularmente, por vezes estão cheios durante alguns dias. Os jogadores vão a comer para o posto médico e ninguém toma uma atitude... o posto médico não é limpo regularmente. As toalhas das marquesas de tratamento também não são mudadas nem lavadas regularmente. Há uma série de situações deste género, isto são apenas alguns exemplos.”</p> <p>- “Mas parece-me que o fundamental em primeiro lugar são as reuniões. Depois, nas próprias reuniões, depois de existirem, haveria hipótese de se discutir todos esses outros assuntos e começar, aos poucos a tomar medidas e a implementá-las. Mas parece que existe pouca vontade nesse sentido e muito comodismo.”</p>	<p>- “Eu não sou um idealista. Seja qual for o modelo adoptado tem sempre, pelo menos, um calcanhar de aquiles (...) mas, como acabei de dizer, se existissem reuniões regulares onde pudéssemos discutir determinadas situações e manifestar a nossa opinião, procurando soluções para a resolução dos problemas, já era mais um passo dado na melhoria do funcionamento do departamento. As reuniões só não chegam, depois teríamos que implementar as decisões tomadas, mas primeiro temos que nos reunir.”</p>