

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

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

REABILITAÇÃO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: PROSPECTIVA NA DINÂMICA DE ACTORES

Implementação da Governação Clínica num Hospital E.P.E.

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Silvana Cardoso Revez

Nº5009

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. Doutor Joaquim Fialho

Évora/Lisboa

Março, 2011

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

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

REABILITAÇÃO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: PROSPECTIVA NA DINÂMICA DE ACTORES

Implementação da Governação Clínica num Hospital E.P.E.

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Silvana Cardoso Revez

Nº5009

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. Doutor Joaquim Fialho

Évora/Lisboa

Março, 2011

AGRADECIMENTOS

Numa visão retrospectiva, que pouco me habituei nestes últimos meses, não consigo deixar de compartilhar este produto final com um conjunto de actores que ao conviveram com as minhas angústias e as impertinências me deram também a energia certa no momento certo para o concluir.

Agradeço,

- ao Professor Carlos Alberto da Silva, por ser a verdadeira força anímica transformadora de energia motivacional;
- aos Professores, Joaquim Fialho, Marco Olímpio e José Saragoça pela disponibilidade e prontidão;
- ao meu colega, Zé Luís, pela orientação e experiência em percorrer o caminho certo;
- a todos os meus colegas, que partilham esta dinâmica relacional e que deram realismo a um conjunto de dados;
- aos meus colegas mestrandos, com quem (re)aprendi o valor da partilha;
- a toda a minha família, por serem o mais puro cenário de força;
- a ti, Jorge, *the captain of my soul*, que me resgataste do meu ponto de desequilíbrio e me ancoraste à tua coragem, compreensão e cumplicidade. Agradeço-te por viveres comigo os momentos doces e amargos, mas acima de tudo por fazeres parte do meu futuro.

A organização do futuro é uma organização biológica e não puramente mecânica, inteligente porque tem a capacidade para aprender e, acima de tudo, um sistema dinâmico que será aquilo que forem as pessoas que o constituem.

(Carneiro, 1999 in Lopes e Capricho, 2007:123)

**REABILITAÇÃO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR:
PROSPECTIVA NA DINÂMICA DE ACTORES**
Implementação da Governação Clínica num Hospital E.P.E.

Resumo

O presente estudo apresenta uma visão de Prospectiva Estratégica, numa adaptação do Modelo de Cenários, centrado na imagem futura da implementação de medidas estratégicas, segundo o modelo de Governação Clínica, para a prática da equipa de Reabilitação num contexto de internamento hospitalar com o utente de A.V.C. Da análise sócio - organizacional efectuada, com vista ao caminho da qualidade organizacional, construiu-se uma lógica relacional de actores onde as chefias intermédias assumem o papel central no jogo de poderes. Os cenários obtidos mostram que os actores visualizam a sua actuação futura de acordo com os pilares de Foco no Doente, em termos de qualidade de cuidados, segurança e participação activa. Contudo, a matriz relacional de actores apresenta um carácter instável, onde as raízes das suas convicções e acções são essencialmente mutáveis. Daí que, como proposta de plano de intervenção sugere-se um modelo de desenvolvimento da eficácia colectiva baseado no conceito dos Seminários Prospectivos, com o intuito de encontrar uma qualidade interna que crie um sentimento de pertença, compromisso e motivação colectiva face a uma dinâmica de mudança organizacional.

Palavras - Chave: Qualidade, Governação Clínica, Prospectiva, Cenários, Dinâmica de Actores.

**INTERNAMENT HOSPITAL REHABILITATION:
FOREISIGHT ACTORS DYNAMICS
Implementation of Clinical Governance at a E.P.E Hospital**

Abstract

This study presents an overview of Strategic Foresight, an adaptation of the model scenarios, centered on the future picture of the implementation of strategic measures, following the model of Clinical Governance for the Rehabilitation team practice, in the context of hospitalization with stroke patient. The socio-organizational analyses, with a view to the path of organizational quality, build up a relational logic of middle management where players assume the role in the power game. The scenarios obtained show that the actors envision their future action in line with the pillars of Patient Focus, in terms of quality of care, security and active participation. However, the relational matrix of actors has a volatile nature, where the roots of their beliefs and actions are essentially mutable. Hence, as a proposed plan of action arises a development model of collective efficacy based on the concepts of Prospective Seminars, with the aim of finding an inner quality that creates a sense of belonging, commitment and motivation in the face of a collective dynamics of organizational change .

Key - words: Quality, Clinical Governance, Foresight, Scenarios, Actors Dynamic.

ÍNDICE

Agradecimentos	III
Resumo	V
Abstract	VI
Índice Geral	VII
Índice de Quadros e Figuras	IX
Lista de Siglas, Abreviaturas	XI
1. INTRODUÇÃO	11
1.1. <i>Contexto e relevância do estudo</i>	11
2. O PROBLEMA EM ESTUDO	16
2.1. <i>Problema: Narrativa da Reabilitação</i>	16
2.2. <i>Objectivos</i>	19
2.2.1. Objectivos gerais	19
2.2.2. Objectivos específicos	19
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	20
3.1. <i>Acção nuclear – Qualidade</i>	20
3.1.1. Problematização da Qualidade	20
3.1.2. Porvir da Qualidade: Da TQM ao Desenvolvimento dos Sistemas de Qualidade numa perspectiva sustentável	22
3.1.3. Cultura organizacional em busca da melhoria contínua da Qualidade	24
3.2. <i>Gestão da Mudança</i>	27
3.2.1. Processo de mudança organizacional	27
3.2.1.1. <u>Abordagens conceptuais para a análise da mudança</u>	28
3.2.1.2. <u>Obstáculos à mudança</u>	32
3.2.2. Respostas inovadoras	33
3.3. <i>O(s) Actor(es) como chave nas organizações de saúde</i>	35
3.3.1. Acção colectiva – os recursos humanos como variável estratégica no desenvolvimento da qualidade total	35
3.3.2. Dinâmica no jogo de actores	37
3.4. <i>A vida nas organizações</i>	39
3.4.1. Governação Hospitalar	39
3.4.2. Governação Clínica	42
3.4.2.1. <u>Governação Clínica como filosofia das Organizações de Saúde</u>	42
3.4.2.2. <u>Presença da Governação Clínica na Reabilitação</u>	48
3.4.3. Reabilitação no Internamento Hospitalar – Peculiaridades do doente com AVC	52

4. METODOLOGIA – O ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES PELA ANÁLISE ESTRATÉGICA	53
4.1. <i>Análise estratégica</i>	53
4.2. <i>Análise prospectiva</i>	55
4.2.1. <i>Prospectiva estratégica na Mira do Futuro</i>	55
4.2.2. <i>Método de Cenários – da antecipação à acção por Michel Godet</i>	58
4.3. <i>Desenho do estudo</i>	64
4.4. <i>Caracterização da unidade de análise</i>	66
4.5. <i>Instrumentos de colheita de dados</i>	71
4.5.1. <i>Estrutura e lógica do questionário</i>	71
4.5.2. <i>Validade do instrumento de colheita de dados e Questões éticas</i>	74
4.6. <i>Procedimento de tratamentos dos dados</i>	75
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
5.1. <i>Dinâmica social dos Actores, prospectiva nas relações de poder</i>	77
5.2. <i>Posição dos Actores face ao Desafio</i>	83
5.3. <i>O campo dos possíveis, o espaço morfológico para a construção de cenários</i>	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7. PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL- Desenvolvimento da Eficácia Colectiva	101
7.1. <i>Fundamentação</i>	101
7.2. <i>Introdução – Os “ateliers” de prospectiva: Um esforço colectivo</i>	102
7.3. <i>Aplicação Prática</i>	103
7.3.1. <i>Recursos</i>	103
7.3.2. <i>Promoção e aceitação do plano</i>	103
7.4. <i>Metodologia de Trabalho</i>	104
7.5. <i>Plano de Trabalhos: Os três “ateliers” da prospectiva e reflexão estratégica</i>	108
7.5.1. <i>Desenvolvimento de competências na área da prospectiva e reflexão estratégica</i>	108
7.5.2. <i>Antecipação e Apropriação da mudança</i>	109
7.5.2.1. <i>Árvore de Pertinências</i>	110
7.5.3. <i>“Caça” às ideias feitas</i>	111
7.5.4. <i>Identificação da Árvore de Competências no passado, presente e futuro</i>	111
7.5.4.1. <i>Árvore de Competências</i>	
7.5.5. <i>Reuniões de reflexão estratégica</i>	114
7.6. <i>Conclusões</i>	115
8. BIBLIOGRAFIA	116
9. APÊNDICES	
Apêndice I: <i>Questionário versão pré-teste – Recomendações</i>	
Apêndice II: <i>Questionário versão final</i>	
Apêndice III: <i>Base de dados</i>	
Apêndice IV: <i>Análise dos dados</i>	
Apêndice V: <i>Documentação do estudo: pedido de autorização e homologação da autorização</i>	

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Qualidade Total <i>versus</i> Qualidade Total	23
Quadro 2	Distribuição da população – alvo	68
Quadro 3	Caracterização dos Respondentes	70
Quadro 4	Dimensões e hipóteses de estudo	72
Quadro 5	Objectivos na Análise MACTOR	73
Quadro 6	Barreiras e factores directos/indirectos da aplicação da GC	74
Quadro 7	Matriz dos Meios de Acção Directos	78
Quadro 8	Matriz dos Meios de Acção Directos e Indirectos	78
Quadro 9	Relação de Influência/Dependência Directa e Indirecta	79
Quadro 10	Coefficiente de relação de força (r_i) entre actores e histogramas de competitividade	81
Quadro 11	Matriz dos equilíbrios líquidos	82
Quadro 12	Matriz de posições valorizadas e respectivo histograma	84
Quadro 13:	Matriz ponderada de posições valorizadas	86
Quadro 14	Matriz de convergências valorizadas	87
Quadro 15	Cenários encontrados	91
Quadro 16	Cronograma do plano de intervenção	106
Quadro 17	Plano de Actividades – Calendarização	106
Quadro 18	Matriz de Enquadramento Lógico	107
fig. 1	Valores partilhados	25
fig. 2	Componentes da Clinical Governance	44
fig. 3	Diagrama com “Blocos de Construção” da Clinical Governance	45
fig. 4	O Triângulo Grego	61
fig. 5	Método dos Cenários	62
fig. 6	Esquema de análise do estudo	65
fig. 7	Número de doentes internados e tratados pela equipa de fisioterapia na UAVC	67
fig. 8	Taxa de doentes tratados em Fisioterapia em relação à taxa de ocupação na UAVC	67
fig. 9	Plano de Influências e Dependências Directas e Indirectas entre actores	80
fig. 10	Mapa de distâncias entre objectivos	85
fig. 11	Gráfico de ligação das distâncias entre objectivos	86
fig. 12	Gráfico de convergências	88
fig. 13	Mapa da rede de distâncias entre actores	89
fig. 14	Gráfico de rede de distâncias entre actores	89
fig. 15	Jogo de poderes na unidade de análise – Relação de Influências e Dependências	96
fig. 16	Evolução das competências; analogia do sistema das árvores	113

ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>AVC</i>	Acidente Vascular Cerebral
<i>DGS</i>	Direcção Geral da Saúde
<i>DPP</i>	Departamento de Prospectiva e Planeamento
<i>EFQM</i>	European Foundation of Quality Management
<i>GC</i>	Governacção Clínica
<i>LIPSOR</i>	Laboratoire d'Innovation de Prospective Stratégique et d'Organisation
<i>MFR</i>	Medicina Física e de Reabilitação
<i>NHS</i>	New Health Sytem
<i>OMS</i>	Organização Mundial de Saúde
<i>TQM</i>	Total Quality Management
<i>SMFR</i>	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
<i>WHO</i>	World Heath Organization

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto e relevância do estudo

Não há quem se maneie por entre as instituições, organizações ou grupo de trabalho no âmbito da saúde que ainda não se tenha deparado com questões relacionadas com a qualidade. A qualidade, na área da saúde é hoje um conceito, atrevo-me, tão trivial, que nenhuma intervenção neste contexto dispensa contemplá-la. A qualidade na saúde tem demonstrado ser uma preocupação nuclear, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões (Biscaia, 2007).

A qualidade, designada como elemento fulcral na reforma do sistema nacional de saúde constitui, assim, uma referência indispensável em qualquer estudo organizacional na área da saúde. A preocupação com a promoção da qualidade nos serviços de saúde é uma realidade em qualquer contexto socioeconómico. Os países desenvolvidos pretendem cada vez mais antecipar mudanças e obter resultados face às expectativas dos utentes, enquanto os países em vias de desenvolvimento mantêm-se orientados para otimizar os recursos e garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (WHO, 2006).

Em Portugal, desde os finais dos anos 80, que se vem assistindo a um claro desenvolvimento nesta área, do qual se destacam o normativo que obriga à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde e o grande investimento na Formação em Qualidade na Saúde, feito nos últimos anos (Eiriz, Figueiredo, 2004). Ainda assim, só na viragem do novo século a Qualidade, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de *A Saúde, um compromisso - Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais (Eiriz, Figueiredo, 2004). Desta forma, surgem a definição e assunção de uma Política da Qualidade na Saúde, como indissociável da Política de Saúde, a concepção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde; a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (Biscaia, 2007). O desenvolvimento de diversos projectos e programas de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal, dos quais se destaca, na Qualidade Organizacional, o projecto de monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr) e o Protocolo do IQS com o *King's Fund Health Quality System* para a área hospitalar; O "QualiGest", modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ), baseado no modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM) (Biscaia, 2007). A avaliação do grau de satisfação das expectativas dos utentes e profissionais, através de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa, a medição de estados de saúde, a elaboração de Linhas de Orientação Clínica, com a participação das sociedades científicas, a apresentação de diversos Projectos de

Melhoria Contínua, baseados na avaliação interpares e, ainda, o desenvolvimento das metodologias de acreditação em saúde (Biscaia, 2007).

Actualmente, o Plano Nacional de Saúde prevê as estratégias em termos de gestão de qualidade 2004 - 2010. Em relação aos sistemas organizacionais menciona que os diagnósticos efectuados e publicados, referentes ao desempenho dos serviços de saúde, têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais (Ministérios da Saúde, 2004). Aliás, identifica como principais problemas, face à situação actual, a escassa cultura de qualidade, o défice organizacional dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (Ministério da Saúde, 2004).

Nesta linha de percurso da qualidade na saúde surge igualmente o conceito de *Clinical Governance*. *Clinical Governance* foi introduzido no Reino Unido em 1997, como uma das ideias centrais do Relatório *The new NHS: modern, dependable* produzido pelo Governo Britânico, com o objectivo de modernizar o *National Health Service –NHS* e promover a melhoria da Qualidade (Department of Health, NHS, 1997). Em Portugal o termo foi adoptado para Governação Clínica, com a primeira publicação em 2006, surgindo como enquadramento segundo o qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua dos seus serviços, através da criação de um ambiente que promova a excelência (Dewar, 2000)

O conceito de *Clinical Governance* representa uma nova cultura e uma nova forma de pensar as organizações de saúde (Silva *et al.*, 2006). É neste sentido que se julga toda a pertinência enquadrar a Qualidade numa perspectiva de sistema global. A análise através de um processo complexo, que não se restringe apenas aos utentes ou aos processos. Na perspectiva que a Qualidade é encarada como uma filosofia de gestão vocacionada para a procura de uma qualidade de vida superior nas organizações.

No actual contexto de extrema complexidade e incerteza, em que a mudança contínua se impõe como uma necessidade e uma oportunidade, dada a dinâmica das organizações e das próprias sociedades globalizadas, onde as tecnologias se aliam aos serviços e as exigências dos utentes se acentuam, a gestão das organizações de saúde, enfrentam novos desafios, dependendo da qualidade do seu (des)empenho e sustentabilidade do seu sucesso de modelo de gestão.

Neste contexto a qualidade, dependendo do seu modelo de aplicabilidade, para além de uma filosofia de gestão que dispõe de um conjunto de instrumentos, métodos e práticas, constitui um modelo de comunicação integrado, que escuta e observa os seus actores muito mais que os ouve e vê.

O novo paradigma da gestão da qualidade constitui as pessoas como a verdadeira fonte de criação de riqueza nas organizações, apontando cada vez mais para a necessidade de modelos que permitam gerir recursos escassos e valores imateriais, assentes numa nova racionalidade baseada numa nova moldura de competências e valores culturais, onde a qualidade assume uma importância crucial, dependendo esta dos

recursos humanos e do ambiente por eles criados. As pessoas são, assim, factores críticos para o sucesso das organizações a longo prazo (Lopes e Capricho, 2007).

As organizações necessitam, enfim, de objectivos claros e partilhados que mobilizem todos os grupos que nela ou com ela interagem e que, para além de resultados positivos, lhe proporcionem reconhecimento social, assente na qualidade dos serviços que prestam (Lopes e Capricho, 2007).

Contudo, a par das profundas mudanças na sociedade, a nível político, social e económico, também, no campo da saúde estas alterações influenciam a orgânica das políticas institucionais e da gestão dos recursos. A qualidade como processo contínuo de obtenção de resultados desejados é a força motriz para a implementação de novas estratégias. O processo de decisão para a escolha das melhores estratégias a implementar considera-se uma tarefa árdua, não linear. O processo de melhoria e desenvolvimento da qualidade implica a envolvimento de uma rede organizada de actores sociais, predispostos à mudança e políticas organizacionais, que deverão ser tidas em linha de conta (Revez, Silva, 2010)

Encontrar um metodologia que antecipe possíveis realidades exequíveis, ao mesmo tempo permita analisar o jogo estratégico de actores, e que estabelece a relação de dependência/influência entre os mesmos é uma ferramenta que se espera de vanguarda como apoio ao planeamento e à tomada das decisões de topo. Compreender os elementos humanos organizacionais, as suas posições, as suas expectativas e vontades para a mudança é um grande passo para o sucesso para a implementação de medidas estratégicas. Mais do que analisar estrategicamente pretende-se prospectivar estrategicamente. Através do Método de Cenários de Michel Godet, onde a tríade Antecipação, Apropriação, Acção permite encontrar uma “qualidade interna” que leva à pessoa centrar-se nas opções estratégicas, sentir-se ouvida e motivada, instalando-se por si só uma dinâmica de mudança e de desenvolvimento (Crozier e Friedberg, 1997).

Como estudo essencialmente metodológico, oferecendo mais um contributo para a propagação desta metodologia no âmbito da saúde pretendeu-se delinear o campo das observações numa realidade concreta e específica centrada na equipa de reabilitação, de um Hospital E.P.E., num contexto de Internamento Hospital com o utente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.). A proposta inquirida à equipa de reabilitação consistia em antecipar a implementação de medidas estratégicas de acordo com um modelo de Governação Clínica, no contexto da sua actividade profissional. O Hospital estudado, por razões de natureza profissional e proximidade na área geográfica de residência foi o Hospital de Faro, E.P.E.

O interesse reside no facto de se possibilitar a reflexão, uma vez que no momento da acção é muito tarde para o fazermos (Godet *et al.*, 1997)

Como linha orientadora da pesquisa formula-se duas questões a partir das quais se desenvolve o processo de investigação: uma questão nuclear, como fio condutor da pesquisa – *Num Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, quais os jogos de actores entre profissionais de saúde que intervêm na sua prática diária com o doente de A.V.C.?* e uma questão complementar, no sentido de operacionalizar uma medida de

gestão, *Qual a estratégia para a implementação de conceitos da Governação Clínica, através de uma metodologia prospectiva de criação de cenários?*

Pretende-se assim, com o presente estudo em concreto e sob uma visão de análise/prospectiva estratégica/organizacional, explorar de forma crítica e relacional na dinâmica dos actores a antecipação de imagens futuras no contexto da implementação da Governação Clínica na Reabilitação do Internamento Hospitalar com o utente de A.V.C., reduzindo desta forma a incerteza na forma como poderemos realizar ou construir o futuro.

Assim, a análise sócio - organizacional que se espera pretende construir de uma forma lógica a evolução do sistema em estudo, possibilitando descodificar o sistema relacional entre os actores, definindo pontos chave para a mudança e definindo prioridades de actuação. Não esquecendo “como as acções dos homens são condicionada por relações estabelecidas ao nível dos grupos e organizações em que se inserem e cujas características elas próprias produzem e reproduzem (e transformam)”(Silva, Pinto, 2001 in Coelho, 2005:10).

O propósito anunciado parece ter cabimento dado que os resultados que daí advirem poderão ser para os decisores um valor acrescentado para a concepção e implementação de estratégias para a mudança, ao encontro da qualidade, como cultura organizacional segundo uma filosofia de prestação de serviços de excelência.

Face ao proposto, desenhou-se um estudo de carácter exploratório, tratando-se de analisar um processo organizacional específico da intervenção da equipa de Reabilitação, desde os coordenadores técnicos, passando pelos médicos fisiatras e os três grupos profissionais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. Distinguiu-se um grupo particular de utentes, os utentes de A.V.C., pela seu actual impacto sócio-económico e o crescente número de casos em Portugal.

O quadro de fundamentação teórico foi construído de acordo com diversos autores, na área da Qualidade segundo as reflexões de Biscaia (2007) e Pisco (2007), delineando a evolução de conceitos e posições, focando em Bank (1998) e Ishikwa (1995) com forte contribuição para a Qualidade Total, sem no entanto esquecer os trabalhos de Deming (1986) e Senge *et al.* (2000) no debruçar sobre a Cultura Organizacional. Valeu-se a compilação de reflexões de Lopes e Capricho (2007), bem como Cruz e Carvalho (1998).

Em termos da análise das mudanças ao nível dos serviços e sistemas de saúde, muito auxiliou as considerações do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Como experiência vivida e evidenciada, da realidade em questão, recorreu-se à tese de Mestrado de José Luís Coelho (2005) como determinante no conhecimento da lógica de acção dos actores.

Na base da fundamentação da governação dos hospitais estão os trabalhos de Carapinheiro (1993) e Raposo (2007) e mais especificamente na Governação Clínica as directrizes de Luis Campos (2009), Starey (2003), Wade (2000) e o Clinical Governance Work Book (2005).

O processo de recolha e tratamento de dados, obtidos através de um extenso inquérito por questionário, foi realizada segundo uma análise estratégia de metodologia quantitativa, por análise de ferramentas estatística como o SPSS, e softwares específicos do método de cenários prospectivos, MicMac; Mactor e Morphol, disponibilizados pela LIPSOR (Laboratoire d'Innovation de Prospective Stratégique et d'Organisatiion).

Neste sentido, a vontade de querer sentir e viver a mudança no contexto profissional, alimenta esta tarefa, de sentir que *“dirigir a mudança não é como dirigir um carro. O carro é como uma máquina que você controla com o objectivo de chegar ao lugar que deseja...você não dirige uma planta para fazê-la crescer...*

... A organização é um sistema vivo, como uma planta. Não há ninguém a dirigi-la. Mas há muitas pessoas a cuidar do seu jardim” (Senge et al., 2000:22 citado em Lopes, Caprinho, 2007).

2.0 PROBLEMA EM ESTUDO

2.1. Problema: Narrativa da Reabilitação

Direito, privilégio, desafio ou exigência, a qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados (JCAHCO, 1993 in Pisco, 2007)

Devido a uma crescente preocupação social em relação à saúde e nomeadamente à qualidade de vida, tem-se vindo a enfatizar o papel da Reabilitação no Internamento Hospitalar não só em termos de recuperação ou adaptação funcional, mas também cada vez mais direccionado para a gestão de custos.

O crescimento e desenvolvimento tecnológico verificados nas últimas décadas, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm levado ao aparecimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas (DGS, 2002). A Reabilitação como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social, teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos subsequentes às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras, tendo sido imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração. Na área da saúde é de destacar o desenvolvimento que se tem verificado nos últimos anos das valências ligadas à reabilitação, sendo cada vez mais sentida a necessidade de um maior número de profissionais de saúde especializados nesta área (DGS, 2002).

Profundamente imbuída de um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, a reabilitação, para atingir as metas que se propõe alcançar, deve assentar num trabalho integrado de diferentes profissionais, onde as acções desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objectivos comuns (DGS, 2002). O trabalho interprofissional efectivo é influenciado pelas atitudes intra e extragrupo dos variados profissionais de saúde, em particular factores endógenos e exógenos (Atwal, Caldwell, 2002 in Walling e Filho, 2007).

Sendo certo que o nível socioeconómico dos cidadãos é um determinante fundamental do estado de saúde dos indivíduos e das comunidades, intimamente associado a outros factores que condiciona também o capital de saúde das populações, como sejam os estilos de vida e o ambiente ou ecossistema nos quais se inserem, importa que, face ao cenário que se nos coloca, se equacionem estratégias que permitam minimizar e fazer face às desigualdades em matéria de saúde. O acesso a cuidados de saúde de qualidade,

sendo um conceito que agrega múltiplas dimensões, é em si mesmo um determinante da saúde das populações, factor fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades, pelo que se constitui como um dos objectivos dos sistemas de saúde. Num contexto de crise, que está a afectar a coesão social em muitos países, reduzem-se naturalmente as opções de escolha dos cidadãos, prevendo-se, assim, um aumento da procura dos serviços públicos.

O documento *The financial crisis and global health* (WHO, 2009), resultante da reunião convocada pelo Director Geral da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, salienta que, no actual contexto de crise, os princípios da equidade, solidariedade e inclusividade assumem relevância particular e recomenda aos diferentes países que promovam a intervenção multisectorial e desenvolvam a sua actividade com o objectivo de garantir uma cobertura universal, reforçando uma abordagem global.

Deste modo, impõe-se, mais do que nunca, que os sistemas de saúde, elementos estruturantes das sociedades contemporâneas, respondam cada vez melhor, com mais rapidez e maior eficiência aos desafios decorrentes da transformação em curso. Neste enquadramento, as organizações terão de ser mais capazes de integrar os sistemas de saúde de forma a planear, organizar e gerir a sua actividade proactivamente, antecipando a mudança tendo em conta as necessidades das populações e das expectativas sociais existentes. Deste modo, as estratégias para mitigar o impacto da crise devem ser encaradas como oportunidades de reforma dos sistemas de saúde.

Vivemos a tão preconizada sociedade da informação, a acessibilidade e a partilha de informação, antevê um processo de verdadeira *intoxicação informativa*. As notícias dos avanços e sucessos da Medicina criam legítimas expectativas, mas por vezes inadequadas; de igual modo, originam falsos medos e determinam alterações de comportamentos (Biscaia, 2007).

Vivemos numa clara orientação para os resultados: há uma afirmação – por vezes excessiva – dos direitos, com o esquecimento frequente dos deveres; há uma noção utilitária e imediatista dos bens e serviços, numa exigência de sucesso que não aceita a normal variação em saúde (Pisco, 2007).

Vivemos uma crescente exigência de participação, num natural exercício de cidadania, coexistindo uma afirmação de autonomia, quer dos cidadãos, quer dos profissionais (Pisco, 2007). Nesta realidade, o sistema de saúde, num contexto de recursos finitos, no seio de organizações burocratizadas e resistente à mudança é confrontado com um sistema onde a saúde é considerada - e assumida - como um bem social (Biscaia, 2007). Por fim, exige que sejam garantidos, a todos os cidadãos, equidade face à saúde e à doença, e à continuidade de cuidados (Pisco, 2007).

A Qualidade na Saúde surge, assim, como uma exigência de todos (Pisco, 2007). Pela sua especificidade, apresenta algumas características que a diferenciam de outros sectores. Busca satisfazer - e diminuir – as necessidades, não respondendo somente à procura, visa oferecer mais do que as carências, deve ser, portanto, proactiva - de modo a prevenir e dar resposta (WHO, 2009). Reúne, integradamente, como

atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade, a acessibilidade, a equidade e a segurança (WHO, 2006). A melhoria contínua da Qualidade na Saúde concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objectivos: corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação colectiva (Øvretveit, 2003).

Se é um facto que nos últimos 30 anos, se foi registando um progressivo reconhecimento da importância de se envolverem os diferentes actores (*stakeholders*) do sistema de saúde e de se valorizar a voz e a opinião dos cidadãos, enquanto dimensão relevante no processo de produção em saúde, actualmente, é consensual que a participação de ambos representa uma estratégia incontornável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde, constituindo-se como um princípio-chave a ser incorporado em todos os processos de reforma das políticas de saúde (Eiriz, Figueiredo, 2004).

Na relação entre profissionais e utentes, não subsistem dúvidas que, só com base na escuta activa, no envolvimento do indivíduo e sua família, no estímulo à participação na definição de um plano de intervenção especificamente orientado para as suas condições de saúde, é possível operacionalizar efectivamente os princípios subjacentes ao consentimento informado, potenciar a adesão consciente e activa ao que é proposto, reduzir o erro na prestação de cuidados e melhorar a qualidade desses cuidados.

De acordo com Farrington-Douglas e Brook (2007), o *Bristol Inquiry* concluiu que os sistemas e os processos existentes para melhorar a qualidade e desenvolver uma cultura de segurança são cruciais para a melhoria dos resultados, no entanto, a consciência do doente para os riscos e variações na qualidade e segurança são baixas. Em Portugal, de acordo com França (2008) não existe evidência sobre a frequência e causas de insegurança na prestação dos cuidados.

Os serviços de saúde são um campo social que lida essencialmente com pessoas e, como tal, pela sua natureza e heterogeneidade, têm uma maior complexidade e ambiguidade (Eiriz, Figueiredo, 2004). É sabido que os utentes são cruciais na definição de qualidade nos serviços. Esta é a visão tradicional e irredutível na cultura de Marketing. Contudo, numa abordagem mais ampla e completa, na avaliação da qualidade dos serviços de saúde é necessário que se considerem não só os utentes/clientes, mas também outros actores, como profissionais de saúde, gestores, administradores. Esta visão em rede permite abordar a qualidade através de um conceito complexo, dinâmico e integrador.

No contexto da saúde são raros os estudos que utilizam a Prospectiva Estratégica como ferramenta de apoio à Gestão, tratando-se de um exercício prospectivo, sobre um sistema tão complexo como o da saúde, acrescido da singularidade do actual contexto económico e político (nacional e internacional), a análise crítica de temas emergentes como Governação Clínica ou mesmo Cultura de Qualidade emerge como uma actividade, no mínimo, desafiante.

2.2. Objectivos

2.2.1. Objectivos Gerais

Como objectivos gerais para o estudo aspira-se:

Analisar estrategicamente o enquadramento da equipa de Reabilitação no Internamento Hospitalar;

Perspectivar os horizontes da equipa de Reabilitação como fornecedores de serviços de uma Unidade de Internamento;

Contribuir para a melhoria de Qualidade de actuação do Serviço de Medicina Física e Reabilitação através da formulação de recomendações estratégicas.

2.2.2. Objectivos Específicos

Tendo em conta os objectivos gerais traçados constituem como objectivos específicos do trabalho:

Identificar as principais dependências, influências e alianças entre os actores no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;

Identificar, num horizonte temporal, os cenários prováveis de evolução da Reabilitação no Internamento Hospitalar, como o doente de A.V.C.;

Definir propostas de intervenção face às dinâmicas anteriormente detectadas.

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1.Acção nuclear -Qualidade

3.1.1. Problematização da Qualidade

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 (Cruz, Carvalho, 1998 citado em Lopes e Capricho, 2007:43)

“A Qualidade, designada como elemento fulcral da reforma do sistema nacional de saúde constitui uma referência indispensável em qualquer estudo organizacional na área da saúde” (Coelho, 2005:9).

O progresso da Medicina associado à inovação e tecnicismo confluentes, fez florescer a necessidade de desenvolver um sistema, que garantisse a prevalência da qualidade nos cuidados (WHO, 2006, Revez, Silva, 2010). A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada, quer pela OMS Europa, na Declaração «Saúde para todos no ano 2000», na sua Meta 31, bem como pelo Conselho da Europa, na sua Recomendação nº17/97 do Conselho de Ministros, sendo consensual a sua definição “como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseadas na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua dos cuidados” (Revez, Silva, 2010:45).

A problemática da qualidade pode ser considerada como uma questão intemporal, uma vez que faz parte dos valores humanos (Lopes e Capricho, 2007).Embora o seu significado e abrangência tenda a evoluir, reflectindo não só as necessidades e exigências de cada era e de cada pessoa, como as mudanças na envolvente, dependendo a sua construção da vontade dos indivíduos e das organizações em serem melhores e exigirem um desenvolvimento natural e social mais justo e equilibrado que permita a sustentabilidade.

O desafio mais pertinente para os sistemas organizacionais poderá ser formulado a partir da seguinte questão: Será que o conceito de qualidade, ao constituir-se como núcleo da cultura e dos valores da organização permitirá que a mesma se possa mobilizar como um todo, dando um sentido à mudança em nome de uma causa, que sendo organizacional é também das pessoas? Anseia-se uma resposta afirmativa devido às potencialidades que o conceito encerra como pedra angular da produção de uma verdadeira

causa comum, facilmente compreendida e aceite pela gestão, pelos colaboradores, pelos utentes ou mesmo pelos restantes actores pertinentes do todo organizacional (Lopes e Capricho, 2007).

Numa ténue abordagem histórica o conceito de Qualidade tem evoluído para panorama sustentável. O crescente enfoque e interesse pela Qualidade é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde. No entanto, na marca da humanidade não é novidade, denotando-se, sim, uma alteração de conotações. A preocupação com a qualidade remonta-nos aos primórdios da Medicina, sem desprezar o juramento de Hipócrates, *Primo non nocere* (do *latim* “Primeiro, não causar dano”), somente em meados da era industrial, anos cinquenta, surge a maior explosão de ideias e preocupações aliadas à qualidade. A transposição dos conceitos e das práticas de qualidade, do sector industrial para a área da saúde, não é um processo linear, tendo sido apontado como factor condicionante para a criação da verdadeira cultura de qualidade no seio das organizações de saúde (Deming, 1994; Sousa, 2010).

O movimento para a qualidade, em Portugal, começou na década de 60, com a Associação Portuguesa de Controlo de Qualidade, cujo organismo deu origem ao aparecimento da APQ (Associação Portuguesa de Qualidade) em 1969. O Sistema Nacional de Gestão de Qualidade (SNGQ), actual Sistema Português de Qualidade (SPQ) foi criado em 1983 e o seu primeiro avanço deu-se em 1985, na sequência das experiências Japonesas, Americanas e Europeias. Segundo Tomé (1991:106) a filosofia da SPQ refere que “a qualidade corresponde a uma forma optimizada de gestão dos recursos humanos, científicos, técnicos e materiais de um país”. O SPQ, dependente formal do Ministério da Economia é a estrutura que engloba, de forma integrada, as entidades que congregam esforços para a dinamização da qualidade em Portugal que assegura a coordenação de três subsistemas – da normalização, da qualificação, da metrologia, com vista ao desenvolvimento sustentado do país e ao aumento da qualidade de vida da sociedade em geral (Decreto - Lei 140/2004). O Instituto Português de Qualidade (IPQ) é um Organismo Nacional, criado em 1986, e que desde então tem sofrido diversas reestruturações, que assegura a gestão operacional no sistema de qualidade, sendo responsável por garantir a unidade de acção e doutrina do SPQ. Para além de que tido um importante papel nas funções de acreditação e certificação de qualidade.

Definem-se alguns traços históricos que delineiam a evolução do conceito de qualidade tal como o conhecemos no presente. Segundo Cabral *et al.* (2001), ainda nos anos trinta a palavra-chave era *Inspecção*, examinava-se o produto final sem a existência de *know-how* especializado. Entre os anos trinta e cinquenta define-se o *Controlo*, com a criação de padrões, monitorização do processo, análise de desvios e implementação de medidas correctivas. A partir dos anos cinquenta até aos oitenta começa-se a falar de *Garantia*, o controlo total faz parte do sistema de planeamento e controlo passando a qualidade a ser vista como um problema comum da organização que abrange todas as áreas. No final do século XX prevalece a filosofia de *Gestão*, com a Gestão da Qualidade Total (TQM), a centralização na melhoria contínua, na mudança profunda, na inovação e na meta dos zeros defeitos. Nesta fase surgem autores tão importantes como Deming, Juran, Ishikawa, ou Crosby, principal propulsor da TQM. Actualmente vive-se o marco da

Sustentabilidade, em que a qualidade é um suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável.

Na era que hoje se vive a satisfação do consumidor deixou de ser suficiente, as organizações terão de satisfazer todos os seus *stakeholders* utilizando um modelo de organização de Excelência, a aprendizagem a inovação permanente e as novas tecnologias de informação e comunicação para além de outras ferramentas, técnicas e métodos de controlo, cujas actividades são promovidas através de políticas de Marketing Sustentável (Cabral *et al.*, 2001).

3.1.2. Porvir da Qualidade: Da Gestão da Qualidade Total ao Desenvolvimento dos Sistemas de Qualidade numa perspectiva Sustentável

O desafio das novas realidades trazidas pelo processo de aceleração histórica que bate à porta dos hospitais exige uma nova estratégia e uma nova forma de gestão. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua se inscrevem (Silva, 2004:31)

A Gestão da Qualidade Total (TQM) enquanto modelo fornece um conjunto de práticas e métodos que podem funcionar em todos os níveis e áreas de gestão, permitindo institucionalizar o feedback e a avaliação, de forma permanente e integrada, ao longo de todo o ciclo de actividades da organização (Lopes e Capricho, 2007).

Segundo Cruz e Carvalho (1998:18) “qualquer processo de qualidade total, é em si mesmo um processo cultural” que encerra em si a vertente empresarial e humanística. Quando nos centramos no conceito de qualidade não se pode descurar os valores educacionais e éticos daí subjacentes. Para muitos autores o conceito de Qualidade Total é considerado uma filosofia de gestão, centrando-se não apenas na perspectiva de qualidade focada no cliente e nas suas necessidades mas em todos os seus domínios.

Bank (1998) refere que a qualidade integra a possibilidade de obter “zero defeitos”, nesta concepção surge a imagem de perfeição e com ela a meta de uma melhoria contínua. O mesmo autor salienta “é melhor apontar para a perfeição e falhar do que apontar para a imperfeição e acertar” (Bank citado em Lopes e Capricho, 2007:30). Nesta óptica os conceitos de TQM e Excelência fundem-se. O quadro seguinte (Quadro 1: Qualidade Tradicional *versus* Qualidade Total) contrapõe em traços largos a visão da qualidade dita tradicional da qualidade total.

Quadro 1: Qualidade Tradicional versus Qualidade Total

Qualidade Tradicional versus Qualidade Total	
Níveis de qualidade aceitável	Zero defeitos
Cultura de reacção como norma	Prevenção como norma
A Qualidade é dispendiosa	A qualidade reduz custos
A qualidade envolve alguns trabalhadores	A qualidade envolve todos os trabalhadores
Os problemas são resolvidos individualmente	Os problemas são resolvidos em equipas

Fonte: Adaptado de Bank (1998)

O sucesso da qualidade como alavanca da mudança na área da saúde depende segundo Michel Setbon (2000), de dois factores: A nível operacional, o domínio das definições e a nível de participação, o grau de adesão dos profissionais de saúde

Para Moores (1996) e Koch (1991) a TQM prende-se com a satisfação dos clientes ao mais baixo custo, colocando uma ênfase especial nas pessoas, na sua formação, e no seu envolvimento total com os objectivos da organização. Da mesma opinião é Bank (1998) que apela não só para o custo da qualidade e não qualidade, mas também do envolvimento das pessoas e o trabalho de equipa. Este autor acaba assim por efectuar a ponte, ligando os aspectos organizacionais relacionados com o controlo da conformidade, às novas filosofias de gestão que apelam à mudança através do envolvimento das pessoas que se relacionam com a organização (Lopes e Capricho, 1997)

Segundo Bank (1998) a TQM faz parte de uma perspectiva holística em relação ao progresso e partilha das ideias de Peter e Waterman (Bank 1998) de que a qualidade é uma das crenças essenciais que fazem parte da cultura organizacional, referindo que quando a qualidade se torna no principal valor partilhado¹ tudo o mais flui à volta dela.

No actual contexto da globalização, face às exigências dos utentes e à emancipada concorrência dos serviços privados de saúde, é importante que as organizações para poderem ter sucesso sejam capazes de acrescentar valor naquilo que produzem e que apostem no melhor desempenho. É importante, pois, que se aposte numa gestão de mudança, onde os principais vectores são os serviços e os recursos humanos (Lopes e Capricho, 1997).

¹ O autor define “valores partilhados” de acordo com o modelo dos 7-S da McKinsey, considerando que numa empresa que pratica a TQM, a estrutura, a estratégia, sistemas, capacidades, pessoal e estilo, derivam da partilha colectiva de valores da qualidade (Bank 1998:138)

3.1.3. Cultura organizacional em busca da melhoria contínua da qualidade

Qualquer processo de Qualidade Total é, em si mesmo, um processo cultural (Cruz e Carvalho, 1998, in Lopes e Capricho, 2007:133)

Qualidade é cultura, qualidade é atitude, e é também, naturalmente, formação (Ishikwa, 1995 in Lopes, Capricho, 2007:161)

O conceito de *organização que aprende*, proposto por Peter Senge como modelo a seguir serviu de inspiração à criação de novos modelos de desenvolvimento de estratégias, nas organizações, cujas filosofias de gestão se centram nas pessoas e na melhoria contínua das suas competências (Senge *et al.*, 2000).

Esta visão social, ou diria mesmo sociologia de gestão organizacional, parece-me quase axiomática, uma vez que parece indissociável as variáveis, organização e pessoas.

A mudança é permanente, busca-se incessantemente a melhoria da qualidade, no entanto Kirkbridge (1998) citado por Leitão (2005) considera que esta situação de mudança contínua não pode configurar a ausência de planeamento, sob a pena de perder consistência e direcção. Efectivamente, a necessidade de mudança, impulsionada por pressões de envolvente externa para melhorar a qualidade, não poderá em si só desencadear um processo de mudança se não devidamente enquadrada num processo de planeamento que defina os objectivos e as acções necessárias para os atingir em termos de qualidade.

O processo de melhoria contínua também designado de *Kaizen*, pela sua origem nas mulheres japonesas, tem como base o trabalho de equipa (Lopes e Capricho, 2007). No espectro cultural europeu, Deming (1986) citado por Lopes e Capricho (2007), foi dos teóricos da qualidade que mais deu importância ao processo de melhoria contínua tendo criado o ciclo de PDCA. Sendo que qualquer melhoria deve começar por ser planeada (Plan); formulando um plano de acção para melhorar o desempenho e implementa-lo (Do); verificando se o plano foi devidamente implementado (Check); e após a avaliação da mudança que pode ser positiva ou negativa, é necessário actuar (Act)

Oakland (1993) na sequência de Deming, define o conceito de continuar a melhorar, como o processo pelo qual a melhoria da satisfação do consumidor é encontrada, tendo no entanto três princípios, focalização no consumidor, compreensão dos processos da organização e compromisso dos trabalhadores na melhoria da qualidade.

Na opinião de Capela *et al.* (2004) citado por Leitão (2005) para que a melhoria contínua se possa realizar é necessário que os operacionais se identifiquem com as suas necessidades e viabilidade, pois são eles que melhor conhecem os processos e que interagem com os clientes, dependendo o sucesso das organizações da sua adesão e colaboração.

Leitão (2005) considera que podem existir três níveis de Gestão de Qualidade: um superficial, focalizado nas ferramentas; um correspondendo ao compromisso entre organização e utente; e um outro mais profundo que cria um cultura de qualidade sustentável, porque assenta nas crenças e nos valores comuns da qualidade que são partilhados por todos os actores da organização.

Desenvolvido por Tom Peters e Robert Waterman, o “Modelo dos 7 S’s” foi desenvolvido no seio da conhecida consultora McKinsey. **S**trategy (estratégia), **S**kills (competências), **S**hared Values (cultura da organização), **S**taff (colaboradores), **S**ystems (sistemas e processos), **S**tyle (estilo) e **S**tructure (estrutura) são as variáveis-chave que podem afectar o desempenho da instituição (Santos, 2008).

Estas variáveis interagem entre si, e influenciam-se mutuamente, tal como indicado na figura 1. No centro, surgem os *Shared Values* (Valores partilhados), pois segundo este modelo, todas as variáveis contribuem para formar a cultura de uma organização, isto é, as crenças e os valores partilhados por todos os colaboradores.

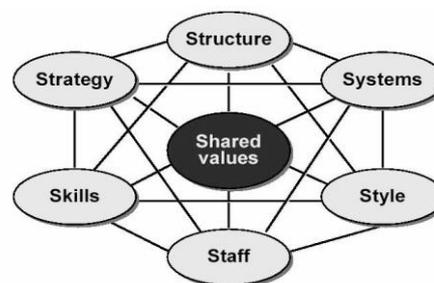


fig. 1 Valores partilhados
Fonte: Santos, 2008

Desenvolvendo ou incrementando qualitativamente estas variáveis (exemplo, aumentando a qualificação dos trabalhadores, aumentando a eficiência dos sistemas, agilizando a estrutura de tomada de decisão, etc) conseguirá melhorar a competitividade de uma dada organização (Santos, 2008)

Vários autores citados por Leitão (2005) são unânimes em referir que uma das causas de insucesso dos programas de qualidade deve-se ao esquecimento do poder da cultura, não detectando antecipadamente os factores de maior resistência e respectivas implicações.

Segundo Ishikawa (1995) implementar a qualidade total não é apenas adoptar uma teoria. Consiste, sobretudo, em efectuar mudanças profundas e em implementar uma disciplina prática, operacionalizando essas teorias nas actividades de círculos de qualidade². Na opinião de Silva (1997) é fundamental que na implementação de um sistema de TQM se criem grupos de trabalho ou círculos de qualidade, ou grupos de

² Os círculos de qualidade hoje conhecidos em todo o mundo, tiveram início nas empresas japonesas implementados por Ishikawa, que os designava por círculos de controlo de qualidade. Estes eram formados por pequenos grupos de trabalhadores que se juntam para executar actividades de controlo de qualidade, voluntariamente, no mesmo local de trabalho, apostando no autodesenvolvimento e desenvolvimento mútuo (Lopes, Capricho, 2007:145)

melhoria, que dinamizem a discussão na sua área de trabalho, potenciando a produtividade através de um nível superior de motivação.

MacDonald (1993) tal como Oakland (1993) consideram essencial o papel dos recursos humanos, organizados em grupos de melhoria contínua, mas enquanto este último enfatiza as competências e as capacidades técnicas para utilizar ferramentas, MacDonald centra-se nas competências e capacidades comportamentais, sobretudo dos líderes (Lopes e Capricho, 2007).

Corroborando estes autores Bank (1998) considera que para se estar perante um sistema de qualidade total é importante, de entre outras condições, criar um cultura que derrube os muros do regionalismo e aposte nos clientes internos, estabelecendo “conselhos de qualidade” e “equipas de melhoria de qualidade” que representem cada departamento para que exista comunicação regular que ajude a quebrar barreiras, estimulando o trabalho de equipa e a resolução de problemas e comunicações em todos os sentidos. Além disso refere o papel fundamental das chefias intermédias, realçando o seu papel na interligação de todos os actores.

Saraiva *et al.* (2001) citado por Leitão (2005) opina que a promoção de uma cultura de qualidade pressupõe o apoio incondicional da gestão de topo, que pela sua forma de liderança deverá ser capaz de criar uma esfera de influência para inspirar e motivar os colaboradores na aplicação dos princípios e das metodologias da Qualidade.

3.2. Gestão da Mudança

O mundo caracteriza-se pela mudança

(Heráclito, 600 AC)

3.2.1. Processo de mudança organizacional

Para saber onde se quer ir, há que saber onde se está e de onde se vem (Godet, 1993:261)

Ao longo dos anos, e essencialmente na última década (1996-2006), têm sido vários os instrumentos utilizados para analisar o “estado da arte” da saúde na Europa e em Portugal. E, conseqüentemente, os resultados das reformas que têm vindo a ser implementadas. Destes instrumentos destaca-se, em 1996, a conferência da Organização Mundial de Saúde, reformando os cuidados de saúde na Europa, que deu origem aos relatórios *Health in transition* (HIT) e à criação do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (OPSS, 2008).

Qualquer reforma, independentemente da área em que pretenda ser implementada, é um processo contínuo, determinado por factores de contexto como o nível de desenvolvimento económico, de rendimento, educação, estilos de vida e pobreza. Assim, para se analisar uma reforma, deve-se olhar aos factores contextuais, ao processo de reforma em si mesmo e aos seus objectivos, ao nível da equidade, eficiência, efectividade (OPSS, 2008)

A análise da reforma implica o estudo das alterações na estrutura organizacional dos sistemas, dos regulamentos e legislação, do financiamento, da prestação de cuidados e das percepções dos informadores - chave sobre a própria reforma.

A experiência resultante de análises a anteriores reformas demonstra que existe um conjunto de factores de sucesso, sobre os quais deve incidir alguma vigilância especial. A existência de uma liderança forte; uma boa coordenação entre os níveis político e operacional; a existência de acções de implementação próximas da agenda; a simplicidade das intervenções, para facilitar a sua compreensão por parte daqueles que as vão adoptar, e um antecipado investimento na formação, de modo a obter massa crítica entre os profissionais de saúde, tornando-os capazes de operacionalizar as políticas (Atun *et al.*, 2006).

Na perspectiva de Quinn (1996) citado em Lopes e Capricho (2007) não é possível levar por diante uma estratégia de mudança profunda sem uma liderança com *empowerment*³, que leve ao desenvolvimento de um ambiente formativo, onde as pessoas, do tipo orgânico, criam empresas orgânicas, com visão, capazes de inovar e correr riscos.

Ainda no ano 2000, o relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi subordinado ao tema da análise de desempenho dos sistemas de saúde (WHO, 2000). Em 2005, foi publicado um artigo de Oliver e Mossialos no *Journal of Health Politics, Policy and Law*, que assume a complexidade da explicação das mudanças no sector da saúde (Oliver e Mossialos, 2005).

Todos estes aspectos contribuem para a análise das reformas implementadas na saúde, embora as possamos dividir em análise do estudo das resistências à mudança e análise do estudo da gestão da mudança. No primeiro caso, deve dar-se atenção à cultura e ao institucionalismo, que podem criar ou explicar fortes resistências às propostas de mudança ou sua implementação. No segundo caso, a gestão da mudança depende de factores relacionados com valores do processo de desenvolvimento humano e com o papel dos actores sociais, nomeadamente no que toca ao conhecimento e à base de apoio. Estão ainda relacionados aspectos da própria gestão e do pensamento estratégico, dos valores e da governação, e das novas arquitecturas de influência na sociedade do conhecimento (OPSS, 2008)

3.2.1.1. Abordagens conceptuais para a análise da mudança

Qualquer transformação que ocorra no plano social e/ou organizacional, independentemente do seu grau de profundidade, dos efeitos criados e do seu impacto junto dos actores sociais (Marques, 1993).

A mudança acontece pela procura de novos padrões organizacionais com vista à redução de custos, à melhoria da qualidade ou ainda ao aumento da flexibilidade. A mudança é um fenómeno organizacional amplamente estudado, que levou à elaboração de abordagens fundamentadas no estudo e na análise dos processos de mudança e a reflexões prospectivas, que indicam soluções para alcançar organizações mais capazes de gerir a mudança (Rodrigues, 1998).

³ Empowerment para Blanchard *et al.* (1996) citado em Lopes, Capricho (2007:241) significa mais do que investir de poder os colaboradores, tem a ver com libertar o conhecimento, a experiência e a motivação que eles detêm. Refere três requisitos para a sua implementação: partilha de informação; autonomia e substituição das hierarquias rígidas pelo trabalho de equipa.

Dada a complexidade dos processos de mudança, sobretudo no sector da saúde, é fundamental recorrer a modelos conceptuais que orientem os processos planeados de mudança. Quanto aos processos emergentes, poderá e deverá manter-se a análise, mas a gestão nunca poderá ser tão rigorosa como num processo planeado.

São muitas e variadas as teorias existentes para o estudo da mudança, desde a conhecida teoria da mudança de Kurt Lewin, na década de cinquenta, até ao modelo do novo institucionalismo de Mossialos e Oliver, já nos anos 2000. Trata-se de um vasto conjunto de teorias, cuja explicação é dificultada pela complexidade de algumas delas. Assim, apresenta-se um resumo das que nos parecem mais adequadas a este tema.

Kurt Lewin criou na década de cinquenta um dos mais conhecidos modelos teóricos para a mudança. Este modelo inclui as fases de descongelamento, mudança e congelamento. Preconiza, de forma sucinta, que toda a mudança é composta por três fases e que cada uma destas fases dispõe de uma ênfase, de implicações e de bloqueios (OPSS, 2008). A primeira fase de qualquer processo de mudança dá-se num momento de descongelamento, em que a ênfase e o estímulo são a criação de motivações para a mudança. Nesta fase, as implicações para o sucesso são a diminuição da força dos valores e dos comportamentos vigentes no momento. A superar, há toda a resistência a estes aspectos e, ultrapassados os bloqueios, passa-se para a segunda fase, que é a mudança em si mesma, em que a força incentivadora se baseia na introdução de novos valores e comportamentos, e as implicações são as novas fontes de informação que surgem e a necessidade de uma reestruturação cognitiva. Há aqui que superar a falta de motivação para a mudança. A última fase centra-se numa nova circunstância de congelamento, em que se dá uma estabilização da mudança, o que implica uma consolidação emocional e cognitiva. A superar, há o tempo variável desta fase, até à nova etapa de descongelamento. Defende, portanto, esta teoria, que o processo de mudança é um processo contínuo e previsível, ainda que o tempo entre as várias fases seja variável.

Já para Walt (Walt, 1998), a mudança é um processo influenciado por factores contextuais, como o compromisso político, as tensões internacionais, o bem-estar económico, a natureza das instituições políticas, e por vezes a força da cultura e da religião. Embora esta teoria não aponte especificamente o caminho da mudança em saúde, dado que esta é uma área tão ou mais complexa que qualquer outra organização em que a análise da mudança é fundamental, é susceptível de aplicar o mesmo modelo.

A análise da mudança deve incluir a compreensão do conteúdo e do contexto das políticas, do seu processo de formulação, implementação e avaliação e dos actores que afectam e influenciam quer o conteúdo quer o encadeamento e o processo. Na análise da mudança, deve ser considerada a interacção ente estes vários elementos. Neste modelo concreto, o Estado assume um papel relevante no debate entre os valores políticos e sociais, entre os interesses públicos e privados e entre o colectivo e o individual.

Em qualquer área, e igualmente na saúde, os conflitos de interesses e de valores entre decisores políticos, profissionais do sector e o público em geral, requerem uma análise séria, pois em caso de discordância com os objectivos da mudança, podem resultar em resistências ao processo.

Em todos os sistemas, a mudança é ainda influenciada pelo poder dos actores, quer sejam governamentais (políticos, burocratas), não governamentais (profissionais), grupos de interesses (empresas, indústria farmacêutica), actores internacionais, comunicação social e instituições académicas. Já o cidadão terá tanto mais influencia quanto mais sofisticada e desenvolvida for a sociedade, facto que está relacionado com o nível de independência da comunicação social, com a cultura de investigação, com o acesso do público aos media, à informação e aos decisores políticos. Todos estes aspectos dependem directamente do grau de legitimação das políticas, dos grupos de interesse estabelecidos e da experiência de *lobbying*. Ainda de acordo com este modelo teórico, todas as decisões que visem qualquer alteração são determinadas pela robustez das elites políticas, pelos compromissos acumulados, pelas referências políticas pré-existentes e pelos valores históricos e sociais (OPSS, 2008).

De acordo com o modelo instituído por Chris Ham (OPSS 2008), a análise da mudança, particularmente no sistema de saúde, deve basear-se, antes de mais, na análise da distribuição do poder nos sistemas. Defende a existência de duas teorias explicativas da distribuição do poder: a teoria do pluralismo e a teoria do estruturalismo.

Assim, de acordo com a *teoria do pluralismo*, ou teoria democrática, o poder distribui-se pelos diferentes actores, pelas agências públicas e pelos grupos de pressão que defendem interesses externos. Neste caso, as políticas de saúde são resultado da interacção entre os grupos de pressão. As decisões tomadas com vista à mudança, são influenciadas por actores chave e por actividades dos grupos de pressão. A decisão resulta de compromissos entre os vários interesses envolvidos no processo de mudança: profissionais, utentes, sociedade civil e classe política.

Já a *teoria do estruturalismo* defende que a divisão se dá entre os poderes estruturais, havendo os poderes dominantes (profissionais), poderes desafiadores (corporativistas) e os poderes dominados (comunidade). A mudança dá-se como resultado desta distribuição de poder, que influencia a distribuição dos benefícios da mudança.

Ambas as teorias são complementares para a análise da decisão política, e não explicam, por si só, o processo de mudança.

O modelo teórico de Tuohy (Tuohy, 1999), defende que a mudança nos sistemas de saúde é resultante de opções políticas tomadas em determinados momentos, para o que contribuem as relações entre os profissionais de saúde e o Estado. A mudança é influenciada por aspectos como a hierarquia, os mercados e os instrumentos de controlo social e, ainda por diferentes equilíbrios entre os instrumentos da mudança e os actores sociais dessa mudança, entre o instrumentos de contratação orientados para o mercado e os

actores públicos e privados, entre os movimentos associativistas e o seu contexto (Estado, associações profissionais, sistemas privados) e, ainda, a sua durabilidade.

O novo institucionalismo é o modelo teórico preconizado por Oliver e Mossialos (2005) para explicar a mudança no sistema de saúde. Para o efeito, devem considerar-se aspectos como os serviços de saúde, o impacto da reforma nos serviços, os mecanismos de financiamento, as políticas dos serviços de saúde, os efeitos das instituições políticas e dos grupos de interesses ligados aos serviços.

Para a análise da mudança propriamente dita, devem considerar-se aspectos como o grau de governação a nível local e regional, o sistema eleitoral enquanto elemento influenciador da reforma, o papel e o grau de influência dos “acordos” institucionais com o sistema de saúde, o papel dos interessados e sua interferência no desenvolvimento e reforma do sistema de saúde (profissionais, gestores, associações de doentes, indústria farmacêutica).

O novo institucionalismo é um modelo teórico que se divide em três tipos diferentes, para a análise da mudança: institucionalismo histórico ou dependência de percurso, institucionalismo das escolhas racionais e institucionalismo sociológico.

O *institucionalismo histórico*, ou dependência de percurso (*path dependency*), encara a mudança como resultado do conflito entre grupos de interesses em que as instituições, vistas como organizações intrínsecas à estrutura da economia política, se desenvolvem a favor de uns grupos, em detrimento de outros. A mudança tem como causa um certo “calculismo”, uma vez que as instituições oferecem na medida daquilo que esperam ser o comportamento dos grupos que beneficiam.

O grau de incerteza é reduzido e os indivíduos maximizam as suas preferências. A análise da mudança é desenvolvida através da compreensão de que escolhas foram efectuadas e em que período temporal, para assim se entenderem os diferentes efeitos.

Analisando a mudança de acordo com este modelo conceptual, percebe-se que a dependência de percurso pode ser desviada pelo desenvolvimento tecnológico, por grandes alterações demográficas, por uma nova dinâmica dos actores políticos, ou pela conjuntura económica. Podendo ainda assim assistir-se a resistências à mudança, estas dão-se com base na defesa de interesses privados.

O *institucionalismo das escolhas racionais* é influenciado pela teoria dos jogos: os diferentes actores defendem as suas preferências, tentando maximizar a sua satisfação. Neste caso, a política é caracterizada por uma falha de arranjos institucionais que asseguram a cooperação e a complementaridade. As instituições desenvolvem-se para estruturar a interacção entre os diferentes actores.

O *institucionalismo sociológico* defende que a mudança é influenciada pelas instituições, uma vez que estas influem sobre as preferências e a identidade individual. Os actores actuam de acordo com convenções sociais para que a sua identidade seja aceite. As mudanças políticas e institucionais apenas ocorrem se

legitimadas socialmente, mas como as crenças e valores são difíceis de alterar, as instituições perduram no tempo.

Estas três formas de institucionalismo devem interagir, para uma correcta percepção do fenómeno de mudança. De acordo com a obra “Reformar Portugal: Dezassete estratégias de mudança” (Tavares *et al.* ., 2002) e apesar destas sugestões se reportarem ao mundo empresarial, podem ser extrapoladas para o mercado da saúde, é fundamental seguir alguns tópicos, para uma mudança que aposte na inovação como meio de atingir objectivos concretos.

3.2.1.2. Obstáculos à mudança

A análise da gestão da mudança é um exercício complexo, que deve recorrer a um vasto conjunto de referências teóricas, respeitantes a domínios conceptuais e científicos relevantes.

A estratégia de mudança é fundamental uma vez que as reformas não podem assentar em opiniões, certezas ou opções mal fundamentadas e a avaliação é sempre o caminho a seguir e nem sempre as medidas que produzem rápidos resultados são as mais correctas, e podem não ser suficientes para sustentar o bom trilho da reforma.

O modelo criado de estratégia de mudança deve, no entanto, obedecer a um conjunto de regras, entre as quais se destacam (1) conhecer as razões da mudança; (2) gerir o processo de mudança; (3) realizar o diagnóstico organizacional; (4) definir a direcção da mudança; (5) estabelecer um plano estratégico de mudança; e (6) monitorizar e avaliar o processo de mudança (OPSS,2008)

O processo de mudança deve, portanto, contar com a existência de alguns instrumentos fundamentais, entre os quais a missão da mudança e a sua finalidade, as estratégias a utilizar, o modelo de gestão e sua explicitação, a reorganização pretendida, a formação, a definição de prioridades e os sistema de controlo e recompensa (OPSS, 2008). Este processo pode ser acometido por vários factores bloqueadores, dos quais podemos referir os seguintes: dificuldade em identificar os sinais e necessidades de mudança, rotinas e cultura das organizações e envolvimento dos diferentes actores, risco inerente à mudança, custos da mudança e entraves individuais (OPSS,2008).

A resistência à mudança pode ainda ser consequência de inércia, medo, ignorância, incerteza, desconhecimento e comodismo, características que podem ser combatidas através da promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação e treino, assistência e encorajamento, negociação e incentivos e forte liderança (OPSS, 2008). Uma vez que, segundo Quinn (1996) quando os líderes optam uma estratégia de “morte lenta” (aposta na segurança, previsibilidade e ciclo vicioso que leva à estagnação)

desresponsabilizam-se em termos colectivos, colocando em primeiro lugar os interesses de sobrevivência pessoal ou outra, rejeitando a mudança profunda, negando a crítica, tendo um deficiente planeamento a longo prazo.

Num estudo de Quinn (1996) são identificados como barreiras à mudança, a cultura burocrática, o conflito arraigado e limitações pessoais de tempo.

Na opinião de Rodrigues (1998) torna-se difícil, para a gestão, acompanhar as constantes mudanças e gerir-las devido ao elevado défice entre as necessidades de aprendizagem e formação e aquelas que seriam necessárias para que as organizações tivessem a capacidade suficiente para aprender a mudança à mesma velocidade que ela é criada e disponibilizada.

3.2.2. Respostas inovadoras

A intenção de mudança, dado que esta não é um processo linear, apela à capacidade de inovação no que concerne ao papel dos actores interessados (Coelho, 2005:26).

Um dos aspectos característicos dos nossos dias é a emergência da sociedade do conhecimento, onde a inovação desempenha um papel fundamental. O conceito de inovação aqui referido não diz respeito apenas ao campo tecnológico mas, num sentido mais vasto, à gestão da mudança. A inovação é vista como um conjunto de ideias, bens e serviços novos e com utilidade, que resultam de um processo criativo onde o conhecimento é o ingrediente chave para a produção de crescimento económico (Lopes e Capricho, 2007)

A primeira teoria de inovação que se tem conhecimento, reporta-se a 1934 e é da responsabilidade do economista de origem austríaca, Joseph Schumpeter. Segundo este autor, inovação é um novo produto, um novo processo de produção ou uma nova forma de organização.. Apenas nos anos 70, a inovação passa a ser dotada de carácter multidisciplinar, deixando de estar ligada apenas à economia, e abrangendo agora áreas como a sociologia, a psicologia, a engenharia, a gestão e a geografia (OPSS, 2008)

Este conceito tem vindo a sofrer algumas alterações na sua definição desde essa década, altura em que a inovação foi definida como “uma nova ideia, uma nova prática ou um novo material a ser utilizado num dado processo” (Rogers e Shoemaker, 1971). Desde então, tem-se acrescentado a esta conceptualização a inovação administrativa, a técnica, a organizacional, nos produtos e nos processos. Actualmente, considera-

se que ao conceito de inovação, está associada a originalidade, a novidade, mas sobretudo, o facto de ser algo de relevante e único. Significa, portanto, que o que é apenas novo ou original, não é necessariamente inovador (OPSS, 2008).

A inovação define-se então pela novidade em termos de conhecimento aplicado para a criação de novos produtos e processos, realizando um percurso complexo, que inclui mecanismos de *feedback* e interacção, conhecimento científico e tecnológico, produção, políticas públicas, resultados, comunicação e empreendedorismo (Lopes e Capricho, 2007).

Portugal, está em transição para uma sociedade do conhecimento, pelo que é fundamental apostar no apoio à inovação, que incida sobre os processos, produtos e serviços, tecnologia, organização e gestão, o que implica uma mudança comportamental nas atitudes e nas relações sociais (Rodrigues *et al.*, 2003).

No sector da saúde, a inovação tem assumido cada vez mais importância, acima de tudo, pelo facto de estar geralmente relacionada com melhorias concretas para a saúde das populações. O termo inovação em saúde está muito associado a uma nova técnica, um novo procedimento, um novo sistema informático, uma nova tecnologia. No entanto, inovar em serviços de saúde não se esgota nesta interpretação: centra-se em importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, aproveitando o potencial inovador das tecnologias de informação. O conceito de inovação em saúde é um processo criativo que requer imaginação e interacção entre organizações (OPSS, 2008). A sua aplicação deverá transformar o conhecimento na área da saúde em produtos facilmente alcançáveis, bem como em serviços e procedimentos, pelo menos em três domínios distintos: (i) Promover a aplicação da saúde ao desenvolvimento social e individual; (ii) Facilitar a comunicação e interacção entre o público, as várias organizações de saúde e os governos; (iii) Fomentar o crescimento económico através do investimento na saúde em ambiente com suportes físicos e sociais e em centros de tecnologias da saúde.

3.3. O(s) Actor(es) como chave nas organizações de saúde

3.3.1. Acção colectiva a caminho da melhoria – recursos humanos como variável estratégica no desenvolvimento da qualidade total.

Toda a organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem . Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo. (Senge et al. 1990 citado em Silva, 2010:13)

Numa perspectiva cultural e holística, segundo Leitão (2005), o clima é um conceito sistémico, que se identifica com a organização e que resulta das suas características, passando a ser um atributo dos grupos que dela fazem parte da própria organização.

A variável recursos humanos nem sempre foram vistos como recurso estratégico onde se deve investir prioritariamente, ela tem que ser gerida, segundo Lopes e Capricho (2007), de forma a dotar a organização de capacidade de responder em tempo útil e de forma adequada (competências, qualificações, experiências e motivação), ou seja com eficiência e eficácia às incertezas do meio envolvente, em sintonia com as estratégias de qualidade organizacionais.

A nova filosofia de gestão dos recursos humanos, através da gestão participada e do trabalho de grupo, utiliza a formação e a aprendizagem, a cultura e o *empowerment*, e o exemplo dos responsáveis é igualmente crucial para marcar a diferença (Lopes e Capricho, 2007). O conceito de proactividade dos colaboradores é preponderante e deve integrar a cultura organizacional.

A qualidade torna-se um objectivo estratégico compensador, quando progressivamente assumido por um maior número de profissionais de saúde convictos, empenhados e intervenientes, no sentido de alcançarem níveis de desempenho elevados, e sempre com a percepção de que o seu alvo é o utente (Quintino, Saraiva, 2010).

Um dos aspectos decisivos para a mudança reside na necessidade/capacidade de envolvimento dos actores. Este envolvimento numa óptica de inovação emerge a partir de acções individuais baseadas no interesse e desenvolvidas no seio de uma dinâmica colectiva (Alter, 1996 in Coelho, 2005). Numa ideia de Silva (2004) citado em Coelho, 2005, é importante que os trabalhadores tornem suas as finalidades que a organização pretende atingir. A necessidade de colocar ao de cima o papel dos colaboradores, e requer a

sua participação, não é suficiente, é fulcral que ele não tenha uma participação formal, suposta de uma decisão hierárquica, deve ser segundo Bernoux (Coelho, 2005:41) “acompanhada dum aprendizagem de novos modos de relação”. É essa atitude crítica que permite envolver activamente os actores na concepção de novas soluções e mudanças.

Centrando a abordagem em dois autores cruciais - Michel Crozier e Erhard Friedberg (Ferreira, Neves, e Caetano, 2001) podemos retirar alguns postulados em relação a esta temática do actor como chave da organização. Em primeiro lugar, qualquer indivíduo dentro da organização não aceita ser tratado como uma entidade passiva em relação aos meios que são utilizados para a consecução dos objectivos da organização. Em segundo lugar, a estratégia dos actores na organização é sempre racional, mas nunca de uma racionalidade absoluta. É uma racionalidade limitada inscrita nas contingências do funcionamento das organizações. Todos os actores são possuidores de uma liberdade relativa que resulta da sua margem de manobra na consecução dos seus objectivos e estratégias. Em terceiro lugar, na medida em que a acção individual e colectiva em que os membros da organização se inscrevem só é parcialmente definida pelas regras oficiais, subsiste sempre uma zona de incerteza que releva de condutas humanas não regulamentadas pela organização. Os actores, possuidores de uma margem de liberdade relativa, jogam os seus jogos de poder em função dos seus objectivos e dos constrangimentos que são impostos pela organização (Ferreira, Neves e Caetano, 2001). A coesão das organizações, por tais motivos, está sempre sujeita a uma certa imprevisibilidade comportamental dos indivíduos e grupos que nelas interagem. Em quarto lugar, em virtude da existência de uma liberdade relativa dos actores e de uma zona de incerteza, a organização vê-se constrangida a motivar os indivíduos a jogar o jogo que permite a consecução dos seus objectivos. Só que os actores podem recusar participar nesse jogo. As exigências de participação implicam uma negociação sistemática entre os actores e a organização. Neste contexto, emerge uma acção colectiva que visa a realização de objectivos comuns, apesar de os indivíduos, os grupos e a organização seguirem orientações divergentes. Do processo interactivo que enforma a acção colectiva, desenvolve-se a participação e a negociação entre os actores e a organização. O poder dos indivíduos e grupos sobre o funcionamento da organização advém desse facto. Em quinto lugar, cada indivíduo não exerce o poder somente em relação ao funcionamento da organização. Para além disso, tem possibilidades de exercer o poder, quando influencia o comportamento de outros indivíduos e grupos da organização. É um poder que persiste nas suas capacidades pessoais de relação com os outros e nas orientações estratégicas definidas para atingir os seus objectivos específicos. Deste modo, chega-se a uma situação de equilíbrio entre o conjunto de indivíduos e grupos que constituem a organização. devido ao facto de o exercício do poder resultar de relações de poder e de uma troca sustentada pelas suas capacidades e possibilidades relacionais na organização. Como último postulado, as relações de poder definidas pelo papel protagonizado por cada actor podem coincidir ou não com a distribuição de poder que está inscrito na estrutura formal da organização. Perante essas contingências, emerge um tipo de poder que tem origem em relações sociais informais.

Assim, a cadeia hierárquica da autoridade e a regulamentação do comportamento humano constroem os actores a participar em jogos e negociações que decorrem dos objectivos da organização, mas também de orientações estratégicas diferenciadas. Os actores individuais e colectivos desenvolvem lutas estratégicas com a intenção de controlar a definição das regras do jogo que constroem e estruturam as suas hipóteses de jogar o jogo do poder (Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

3.3.2. Dinâmica no jogo de actores

No sentido de promover a mudança organizacional é indispensável aceder a um conhecimento profundo da realidade (Coelho, 2005).

A translação de conhecimento em saúde, entendida como algo mais abrangente do que a transferência de conhecimento define-se, de acordo com a OMS, como um processo dinâmico e interactivo, que inclui a produção, divulgação, absorção e a correcta aplicação do conhecimento no sentido da melhoria da condição de saúde, de uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz e do fortalecimento do sistema de saúde (CIHR, 2004). A sua importância advém do facto da evidência científica de grande qualidade muitas vezes não ser aplicada na prática, o que faz da tomada de decisão informada um processo difícil, subjectivo e por vezes pouco efectivo. Uma alteração neste domínio requer uma mudança comportamental com base na avaliação de toda a organização dos cuidados de saúde e das pessoas envolvidas na tomada de decisão, no sentido de implementar um método que evolua do conhecimento para a acção (OPSS, 2010).

O modelo de translação de conhecimento mais consensual é o denominado modelo dinâmico. Este inclui duas condições pré-existentes, a necessidade e o conhecimento prévio, bem como quatro tipologias de capacidades essenciais: (i) capacidade produtora (capacidade de descobrir ou aumentar o conhecimento e, conseqüentemente, aquilo que dele deriva), (ii) capacidade de disseminação (capacidade de contextualizar, adaptar e difundir o conhecimento), (iii) capacidade de absorção (capacidade de reconhecer o valor do conhecimento “novo”, assimila-lo e aplicá-lo em questões relevantes para os *stakeholders* do sistema de saúde) e (iv) capacidade de adaptação e de resposta (capacidade de aprender e renovar continuamente os elementos da translação de conhecimento para uma mudança e melhoria contínua). Estas quatro capacidades são condição *sine qua non* para que num sistema social, como o da saúde, o processo de translação do conhecimento ocorra com sucesso (OPSS, 2010).

O novo paradigma de gestão aponta as pessoas como a verdadeira fonte de criação de riqueza. A necessidade de uma nova filosofia de gestão impõe-se para questionar o sistema organizativo tradicional e os valores culturais, para transformar o contexto de trabalho, num verdadeiro ambiente formativo e para

considerar os recursos humanos e o ambiente que os envolve como os factores críticos de sucesso das organizações (Lopes e Capricho,2007).

Dentro do âmbito de estudo importa referir Amblard *et al.* (1996) citado por Coelho (2005), o actor define-se pela sua acção e não apenas pelo facto de existir. “Aspectos como a cultura, os valores, as percepções e os conhecimentos subjazem ao próprio actor “(Silva, 2004 citado em Coelho, 2005:21)

É neste cenário que o papel assumido pela variável aprendizagem e/ou formação profissional se torna no entender de Lopes e Capricho (2007), na verdadeira chave que permite, no contexto de mudança permanente, abrir as portas aos sucesso do processo de qualidade, transformando-as em organizações que aprendem, inovam e qualificam os recursos humanos.

Investigadores do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) caracterizam o modelo japonês de gestão, a que chamam de *lean production*, como um amálgama de *Just-in-Time*, Qualidade Total, trabalho polivalente e em equipa, Auto-controle e Aperfeiçoamento contínuo, tendo como objectivos tornar o trabalhador protagonista da actividade da empresa no seu dia-a-dia e a optimização dos processos flexíveis de produção (Womack *et al.*, 1990).

Mas a organização não vive apenas de um actor, Carlos Silva (2001) citado por Coelho (2005:15) reflecte sobre a necessidade de ter em conta “os constrangimentos dos actores, na medida em que todos os trabalhadores, enquanto actores sociais, possuem as suas estratégias individuais e colectivas que os orientam na participação ou rejeição das lógicas de vivência organizacional”.

Como se verificou anteriormente, é crucial um conhecimento aprofundado da realidade organizacional em saúde para que o sucesso da mudança ocorra. Segundo Françoise Gonnet (1992:261) “uma vez que o diagnóstico põe em evidência as lógicas e as estratégias de actores, permite igualmente conceber uma ou várias estratégias de mudanças adaptadas ao conjunto sobre o qual se quer agir”.

Ishikwa (1995) e Quinn (1996) referem que nas organizações actuais dá-se ênfase a valores como cooperação, confiança, abertura e cultura organizacional sem fronteiras e desenvolvimento de equipas com elevado desempenho, podendo estes valores ser de difícil sustentação devido a uma forte tradição hierárquica.

Bogalho e Caetano (2000) apelam a que a formação e o desenvolvimento dos colaboradores seja encorajada para criar entre eles adaptabilidade à mudança e o compromisso com a melhoria contínua. Na opinião de Leitão (2005) o reconhecimento do trabalho dos colaboradores pode ser considerado como um instrumento de “comunicação descendente” porque estimula e recompensa as pessoas pelos resultados.

3.4. A vida das organizações de saúde

A penetração no mundo fechado do hospital centralizado nos rituais e retóricas à volta do corpo, da doença e dos cuidados, passa pela ruptura com o mundo exterior ...
(Carapinheiro, 1993:209)

3.4.1. Governação Hospitalar

Os hospitais são organizações extraordinariamente complicadas representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir
(Drucker, 1989).

Dos diversos tipos de organização existentes, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos - humanos, capital, tecnologia e conhecimento - necessitando, por isso, de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido, relacionado com o tipo específico de bem que produz - prestação de cuidados de saúde - e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde (OPSS, 2008).

Este duplo papel, como instrumento da política de saúde e objecto de autonomia hospitalar, leva a que quer investigadores quer promotores de políticas de saúde, preocupados com a boa governação dos hospitais, coloquem a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos hospitais. A governação hospitalar surge como um paradigma que pretende juntar numa mesma plataforma a governação clínica e a governação empresarial tendo em conta as diferenças que existem entre a organização hospital e a organização empresa ao mesmo tempo que procura lidar com o duplo papel do hospital, a abrangência dos seus objectivos e os múltiplos interessados que o rodeiam.

Considera-se governação hospitalar como o conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica para o hospital (missão, visão, valores, objectivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos, capital e outros meios financeiros) estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas (Rice, 2003).

Assim, a governação hospitalar diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios (sistema de pesos e contrapesos) que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital. Pode ser definida como o processo de gerir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do apoio e monitorização da sua realização a nível operacional (Eeckloo *et al.*, 2004).

A questão que se coloca, tendo em conta que a análise é feita numa perspectiva eminentemente empresarial que inclui o factor de maximização do lucro, é como considerar as suas implicações para o sector da saúde.

À semelhança da governação em saúde, o termo governação hospitalar é um termo recente e o número de estudos sobre governação hospitalar é bastante limitado. As referências existentes são oriundas dos EUA, Nova Zelândia, Austrália e Bélgica. Exceptuando este último país, a maioria da investigação existente pode ser encontrada na literatura norteamericana na área da gestão encarada, sobretudo, na perspectiva da governação empresarial em contextos muito próprios. Os estudos efectuados sobre a realidade hospitalar em Portugal estão sobretudo relacionados com reflexões sobre o hospital, em questões de estatuto e natureza do hospital, com auditorias e com avaliações diversas, nomeadamente de desempenho (Raposo, 2007)

A empresarialização dos hospitais insere-se no âmbito das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM), enquanto que a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado se insere no movimento de produção de códigos e princípios de boa governação empresarial. Apesar de desfasados no tempo, estas duas realidades — empresarialização e produção de códigos de boa governação — estão relacionadas. A adopção da empresarialização introduz novos modelos de governação nas organizações públicas, passando de um modelo essencialmente do tipo administrativo e burocrático para um modelo empresarializado que adopta práticas, ferramentas e processos da gestão do sector privado. A adopção de princípios de boa governação, visando a prestação de contas e a transparência, aponta para a necessidade das empresas, quer públicas quer privadas, assumirem posturas em domínios de natureza ética e comportamental que são essenciais para que as empresas sejam geridas no efectivo interesse dos seus recursos humanos e outros interessados e prossigam os objectivos para que foram criadas e são mantidas.

Em 2002, o XV Governo Constitucional, iniciou o processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses do Sector Público Administrativo (SPA), adoptando a figura jurídica de Sociedade Anónima (SA), com a transformação de trinta e quatro hospitais tradicionais em trinta e um hospitais SA. O objectivo era lançar um programa de reforma da gestão hospitalar apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde, sendo esta entendida como uma imposição constitucional já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se.

Este processo surge no seguimento de várias experiências inovadoras de gestão iniciadas em 1996 que não tiveram qualquer replicação em termos de modelo: a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca (Amadora/Sintra) a privados (1996); as experiências de quase empresariação do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira (1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2001); e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) (1999).

Em 2005, com a queda do XV Governo Constitucional e a entrada do XVI Governo Constitucional, de maioria absoluta PS, o processo de empresariação é continuado, adoptando uma figura jurídica diferente — a da Entidade Pública Empresarial (EPE) —, com a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE e a transformação de hospitais SPA em EPE

Segundo o preâmbulo deste decreto-lei, considera-se que a figura de EPE não só será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantinham integrados no SPA, como é a figura que melhor se adequa à prossecução de um melhor nível de funcionamento das instituições, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento.

Com os hospitais empresariaizados (primeiro SA e depois EPE) o que mudou, de facto, foi a modalidade de posse, flexibilizou-se a política de aquisições e de contratação de recursos humanos e houve algum desenvolvimento de ferramentas de informação. Mas, quanto ao resto, a generalidade desses hospitais manteve o seu desenho organizacional pouco mais que inalterado quer relativamente ao modelo de governo quer relativamente à sua organização interna (OPSS, 2006). Apesar do rearranjo da rede de serviços hospitalares, ainda parece não existirem grandes alterações na cultura gestonária e no modelo organizacional interno aos hospitais (OPSS, 2007).

No contexto desta realidade deficitária, a empresariação dos hospitais trouxe, no entanto, consigo mecanismos de controlo e monitorização, quer externos quer internos, que se podem constituir como uma base para uma governação hospitalar efectiva e para o desenvolvimento do hospital (evolução do modelo organizacional interno, divulgação de boas práticas e melhoria do desempenho), nomeadamente no que se refere à criação de uma cultura de maior transparência e responsabilização e prestação de contas.

3.4.2. Governação Clínica

O conceito de Clinical Governance representa uma nova cultura e uma nova forma de pensar as organizações de saúde (Silva et al., 2006)

3.4.2.1 Governação Clínica como Filosofia das Organizações de Saúde

Clinical governance is the vital ingredient which will enable us to achieve a Health Service in which the quality of health care is paramount (Clinical Governance Work Book, 2005:5)

O termo governação⁴ tem sido o termo mais adoptado para português da palavra *governance*, apesar do vocábulo governança também ser utilizado (Campo,2009). A Comissão Europeia (CE) definiu governação como “o conjunto de regras, processos e comportamentos que afectam a forma como os poderes são exercidos ao nível europeu, particularmente em relação à abertura, participação, responsabilização, efectividade e coerência.” (Campos, 2009: 25)

Este termo inicialmente associado a padrões da *corporate governance*, baseado no controlo de companhias financeiras, foram introduzidos no *National Health Service (NHS)*, em 1994, baseados nos princípios da responsabilidade, probidade e transparência, incidindo desta forma sobre os aspectos não clínicos da prestação de cuidados (Campos, 2009). O termo governação ganhou desde aí diferentes adjectivos estando associado a uma nova forma de os executivos, assembleias e corpos judiciais exercerem o poder em áreas em que existe um défice na ligação e participação dos cidadãos, no sentido de ser aumentada a abertura, a participação, a responsabilização, a efectividade e a coerência das organizações e do Estado (Campos, 2009). Por conseguinte, surgem vários tipos de governação, muitas delas introduzidas através de livros brancos, como o do NHS, *The New NHS Modern, Dependable* em 1997; o da Comissão Europeia sobre

⁴ Governação tem origem no verbo greg [*Kubernân*], que significa dirigir ou pilotar. Foi utilizado por Platão, de forma metafórica aplicada ao acto de governar os homens. O verbo grego evoluiu para *gubernare* e para os seus derivados *gubernatia* e *gubernatione* que originaram em português os termos como governo, governar, governação e governança. (Campos, 2009:23).

European Governance, em 2001; o da *World Health Organization (WHO)* sobre *Global Health Governance*, em 2002; ou em Portugal o *Livro Branco sobre Corporate Governance*, editado em 2006 pelo Instituto Português de Corporate Governance (Silva *et al.*, 2006)

Igualmente na área da Saúde foi sentida a necessidade de se introduzir novos conceitos de governação, reforçada com a divulgação de uma sucessão de falências de cuidados médicos na Inglaterra, publicados nos anos 90, que culminou com o Inquérito de Bristol, entre 1998 e 2001. Este Inquérito alertava para a incapacidade da NHS em monitorizar e garantir a qualidade dos cuidados e em especial a segurança dos utentes em controlar diversos incidentes, que poderiam ser fatais (Campos, 2009).

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

A concepção de governação como *governance* está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva. O termo governação é utilizado também para os aspectos operacionais do governo (execução do programa do governo) - legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. (Cannac e Godet, 2001). Enquanto que a *clinical governance* é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Este último aspecto é bastante importante, não bastando prestar bons cuidados, mas sendo necessário demonstrá-lo, para manter a confiança de colegas e cidadãos (Roland, Baker, 1999).

Clinical Governance é, desta forma, um sistema de melhoria dos standards de qualidade da prática clínica. O conceito *Clinical Governance* surge como o enquadramento segundo o qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua dos seus serviços, através da criação de um ambiente que promova a excelência (Dewar, 2000)

A governação clínica caracteriza-se assim, por “um sistema através do qual as organizações do NHS são responsáveis por uma melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e manutenção de elevados padrões de cuidados, criando na conjuntura em que a excelência em atendimento clínico irá florescer”. (British Medical Journal in Scally e Donaldson, 1998: 61)

A definição de Governação Clínica, caracterizada em 1997, no documento *A First Class Service-Quality in the new NHS* (Department of Health, NHS, 1997) revela-se como “um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade e dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos” (NHS, 1997 in Lourenço, 2010: 36), introduz para além da dimensão organizacional, o conceito de *accountability* (responsabilização, prestação de contas).

Os princípios fundamentais da Governação Clínica (fig.2), segundo Starey (2003) são a clara definição da responsabilização pela qualidade dos cuidados clínicos; a existência de uma programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, normas de orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); plano de formação; gestão de risco e programas integrados de identificação e correcção do mau desempenho (Lourenço, 2010).



fig. 2 Componentes da Clinical Governance

Fonte: Starey, (2003:2)

Outros são os autores que corroboram afirmando que a governação clínica é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1997; Scally e Donaldson, 1998; Starey, 2003).

As componentes – chave, segundo McSherry e Pearce (2002) são: Segurança, Melhoria e manutenção da qualidade, Cultura; Responsabilização profissional e organizacional.

Também a *Clinical Governance Model*, *National Clinical Governance Support Team* (citado no *Clinical Governance Work Book*, 2005) sugere um diagrama onde estão presentes os componentes da *Clinical Governance*. O modelo é baseado em torno da premissa de que é de responsabilidade de todos aqueles que trabalham nos cuidados de saúde prestar cuidados de elevada qualidade e para atingir este objectivo devem ser respeitados um rol de princípios. Existem naturalmente variações deste modelo, mas os princípios contidos no interior são centrais para todos eles.

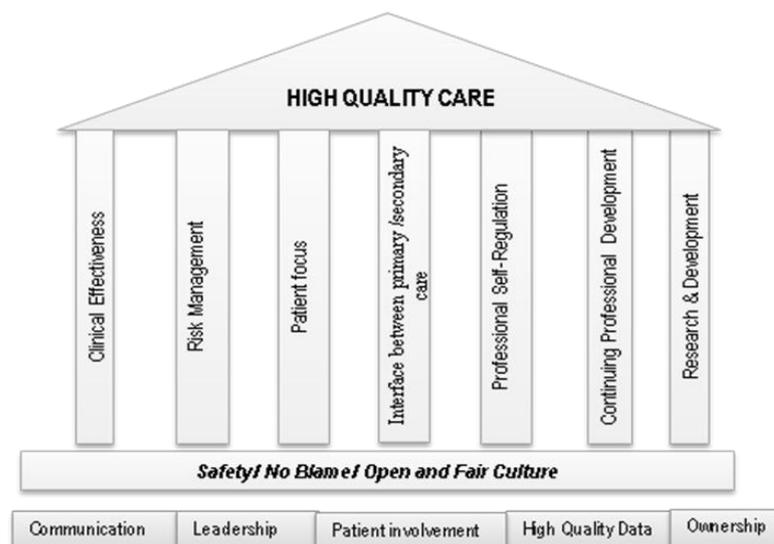


fig. 3 Diagrama com "Blocos de Construção" da Clinical Governance
Fonte: Clinical Governance Work Book (2005).

Este modelo é baseado na premissa que é da responsabilidade de todos atingir o objectivo de qualidade de cuidados de excelência e que para isso ocorra é necessário que existam determinados princípios (Clinical Governance Work Book, 2005) (fig.3). Nos alicerces da Governação Clínica temos a comunicação, a liderança, o envolvimento do doente, resultados de elevada qualidade e compromisso. Tudo ajustado numa cultura de abertura e segurança, num ambiente de aprendizagem (Governance Support Unit in Vaz, 2009, Clinical Governance Work Book, 2005). Como pilares de suporte para atingir o objectivo máximo descrevem-se:

- *Efectividade clínica* – assegurando que as intervenções e tratamentos se baseiam na melhor evidência disponível;
- *Gestão do Risco* – reduzindo o potencial de resultados indesejados, incluindo a aprendizagem com os erros;
- *Foco no doente* – garantindo que a qualidade está centrada nos seus utilizadores e no seu feedback;
- *Interface entre cuidados primários e secundários* – Através de bons sistemas de comunicação e informação, mas também de trabalho de equipa, permitindo uma continuidade de cuidados
- *Auto-regulação profissional* – Alinhamento das profissões sem julgamentos, regulando através de condutas próprias de cada profissão;
- *Treino e Formação* – garantindo uma aprendizagem e um desenvolvimento profissional contínuo;
- *Investigação e desenvolvimento* – desenvolvendo a investigação, analisando de forma crítica os artigos científicos.

A *Clinical Governance* consiste na gestão da articulação destas várias vertentes. “Com base na experiência do serviço de saúde inglês, a liderança deste processo compete habitualmente ao director clínico. Todavia,

há que sublinhar, dada a variedade de áreas e de grupos profissionais envolvidos, que o director clínico deve desenvolver esta actividade integrado numa equipa multidisciplinar, para que nenhuma das vertentes seja valorizada em detrimento de outras” (Cardoso, 2005:32). Da boa articulação desta equipa e da capacidade de sensibilizarem a Administração para os problemas e dificuldades encontrados resultará, ou não, uma prática clínica de excelência, com elevados níveis de satisfação do doente e dos profissionais envolvidos.

Os componentes da governação clínica poderão ser entendidos como redutores se pensarmos em todos os determinantes da qualidade clínica, englobando questões, que dizem respeito aos *inputs* (recursos financeiros, instalações, recursos humanos, etc.), às estruturas, aos processos e aos resultados. A qualidade dos cuidados não está apenas dependente da prática médica. Daí que alguns autores (Som, 2004) tenham proposto uma definição mais abrangente e definam a governação clínica como “ um sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão de *inputs*, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica”.

Esta visão exige uma liderança com disponibilidade, uma visão ampla e estratégica dos serviços que dirigem e uma forte aposta no trabalho de equipa (Delgado, 2009). Nesta visão de equipa a governação clínica é definida como “a excelência, de um processo de integração de capacidades e competências visando obter os melhores resultados para os doentes” (Sakellarides, 2009:108).

A aplicação do conceito de governação clínica à gestão organizacional dos recursos humanos envolve, necessariamente, um alinhamento de interesse entre cada profissional de saúde e o hospital que apenas poderá concretizar-se mediante a adopção de políticas concretas nesta área e num conhecimento profundo e actualizado não só das competências que cada profissional dispõe e pode colocar ao serviço da organização mas, também, das suas capacidades, expectativas e aspirações individuais de desenvolvimento profissional (Santana e Vaz, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde a boa governação para a saúde é a capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centragem nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares, pressupondo uma multiplicidade de abordagens para alcançar a qualidade dos cuidados de saúde (Sally e Donaldson, 1998).

Neste sentido, a OMS define qualidade clínica como a articulação de quatro elementos:

- Desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica);
- Eficiência no uso dos recursos;

- Gestão de risco (onde se inclui a segurança do doente)
- Índice de satisfação do doente com o serviço prestado.

Em Portugal, a vertente de *Clinical Governance* é um conceito ainda escassamente integrado nas organizações e nas profissões prestadoras e torna-se importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português. Existem contudo algumas pré-condições para que ela floresça (Campos,2009).

Os hospitais e centros de saúde onde o processo de acreditação está em desenvolvimento, ou onde já foi concluído, já experimentaram muitas dessas pré-condições, nomeadamente com o desenvolvimento de auditorias internas, fossem elas centradas no desempenho clínico estrito ou no desempenho organizacional dos pólos onde se desenvolve o trabalho assistencial, seja a prática clínica baseada na evidência (*guidelines* ou normas de orientação clínica), seja a monitorização clínica, seja a gestão do risco clínico, seja por fim o envolvimento dos doentes no contrato terapêutico e na divulgação dos resultados do desempenho dos serviços (OPSS, 2006).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde é encarado como o maior caso de sucesso da democracia portuguesa, e um dos segredos é a capacidade que tem tido de se adaptar à evolução da procura e da oferta dos cuidados de saúde (Campos, 2009).

A rede hospitalar tem sofrido importantes modificações que decorreram da requalificação da rede de urgências e da criação de múltiplos centros hospitalares, mas não tem tido uma planificação estratégica tão centralizada, em comparação com os cuidados primários e com a rede de cuidados continuados (Campos, 2009).

Factores como o crescimento da exigência dos utentes e dos decisores políticos, um maior escrutínio pelos media e o aumento das litigações, associadas ao aumento do conhecimento sobre os cuidados de saúde baseados em evidência, à necessidade de conter custos e de racionalizar recursos, são fortes estímulos para mudanças que melhorem as várias dimensões da qualidade (Campos, 2009). Por outro lado, o crescimento da capacidade de autoregulação por parte dos profissionais de saúde exige uma forma de encontrar um equilíbrio entre este poder e a exigência de transparência e responsabilização por parte dos cidadãos.

Assim, repensar o modelo de governação dos hospitais portugueses, encarando a qualidade de cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício da responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e políticos, e enquadrando-os no contexto mais global da governação do sistema de saúde, afigura-se extremamente oportuno e susceptível de fornecer um contributo inestimável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais.

No entanto, nas palavras de Sakellarides (2009:115) “parece-me evidente que a implementação e desenvolvimento da governação clínica nos hospitais terão que ter lugar paralelamente à promoção de uma cultura de empreendedorismo e inovação nas organizações hospitalares”.

3.4.2.2. Presença da Governação Clínica na Reabilitação

Once of the main thrusts of clinical governances in rehabilitation is to encourage better teamwork (Wade, 2000:4)

A Governação Clínica está focada no paciente, na cultura de serviços, com qualidade e responsabilidade social, e na incorporação dos utentes na definição dos padrões de qualidade, expectativas de serviço e processos de avaliação.

A Governação Clínica implica estratégia, políticas operativas e uma estrutura de governação integrada, com o objectivo de facilitar e incentivar a boa prática assistencial. Para isso, é fundamental a liderança dos profissionais nos processos de tomada de decisão vinculados ao processo assistencial, em torno do qual se articulam todos os restantes processos de apoio. A Governação Clínica constitui-se como um compromisso ético de responsabilidade social onde o essencial passa por saber ser tolerante com o erro, celebrar o sucesso, acreditar no potencial humano, valorizar o saber prático, partilhar o conhecimento, ter confiança e ser aberto ao exterior. Tem, naturalmente, repercussões importantes na segurança do doente, significa o envolvimento de prestadores e utilizadores dos cuidados de saúde e o erro é encarado como um instrumento de aprendizagem individual e da organização (OPSS, 2006).

A Governação Clínica na Reabilitação é, à semelhança de todo o sistema de saúde, uma realidade ainda distante. Ainda que alguns grupos profissionais possam, de forma isolada estar atentos a algumas componentes ou pilares da Governação Clínica, a sua aplicação como filosofia e forma de cultura de qualidade não encontra evidência científica.

No estudo de Wade (2000) em relação aos Serviços de Reabilitação e à Governação Clínica, o autor considera que o fundamental da aplicação da Governação Clínica é o potencial em equilibrar poder e responsabilidade entre gestores e profissionais. Segundo o mesmo autor, o compromisso na Governação Clínica requer três processos: (1) chegar a um acordo na definição de qualidade; (2) concordar e escolher quem é o responsável por manter os padrões de qualidade; (3) concordar o processo de medição da qualidade (Wade, 2000). Estes processos poderão, segundo o autor, ser aplicados na estrutura, nos serviços, e nos processos de reabilitação.

No Reino Unido, a Governação Clínica é apontada na Reabilitação, como uma ferramenta que permite de forma mais eficaz medir os resultados, uma vez que em Reabilitação os objectivos são muitas vezes subjectivos e de difícil mensuração, porque se baseiam em percepções subjectivas do estado de saúde e da qualidade de vida do utente (Wade, 2000)

Segundo Cross, citado por Lopes (1994), no Reino Unido, o desenvolvimento da prática clínica dos fisioterapeutas tem evoluído numa sequência de patamares, entre o perfil de técnico sob direcção médica até aos anos 60, de profissão paramédica com poderes limitados nos anos 70, para profissionais autónomos com responsabilidades na gestão, nos anos 80, e, nos anos 90, para prestadores de um serviço profissional com capacidade de auto-regulação através de negociação e contratualização. De facto, todas as profissões das tecnologias de saúde apresentam uma génese que veio complementar a acção médica, manifestando um autonomia condicionada, que foi sendo mais ou menos alargada consoante a representatividade social que emanciparam (Pacheco, s.d.).

Em Portugal, a formação regulamentada das terapias - fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala – datam aproximadamente da mesma altura, 1957 para a fisioterapia e terapia ocupacional e 1962 para a terapia da fala, ambos na Escola de Reabilitação do Alcoitão, hoje Escola Superior de Saúde do Alcoitão (Pacheco, s.d.). Enquanto profissionais de saúde, estas profissões encontram-se integradas na Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, regulada pelo Decreto-Lei nº261/93.

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas é peremptória em afirmar que desenvolver, apoiar e manter uma prática baseada na evidência na prática da fisioterapia é parte fundamental da responsabilidade profissional dos fisioterapeutas, da sua associação profissional, dos serviços e das instituições de saúde (APF, 2002). Aliás , a prática baseada na evidência tem sido alvo de inúmero estudos na área da fisioterapia. Em relação à autonomia destes profissionais, Sandstrom (2007) refere no seu estudo que tem vindo a progredir, ao contrário da sua dominância em termos de profissionalização clínica, não obtendo reconhecimento. Segundo este autor, os fisioterapeutas deverão reorganizar de forma adquirir a sua autonomia através da representação social que têm, baseada na confiança pública e na prestação de cuidados que vão de encontro com as necessidades das pessoas (Sandstrom, 2007:87).

Segundo Lopopolo *et al.* (2004) , liderança, administração, gestão e profissionalismo, são competências que fazem parte da intervenção prática dos fisioterapeutas, que deverá ser abordada na formação profissional, de forma a ser frutuoso em termos de gestão organizacional.

Os terapeutas ocupacionais, vêem o homem como um ser ocupacional, um actor no mundo mudando-o e sendo mudado por ele, alguém que se realiza por aquilo que constrói (Calvalgante, Tavares e Bezerra, 2008). Na sua abordagem avaliam e intervêm em três níveis: na pessoa, na ocupação e no ambiente. Podem, também, ter uma participação activa ao nível conceptual, nomeadamente no que diz respeito ao

planeamento e gestão de pessoal, material, equipamentos e políticas de desenvolvimento na organização onde se encontre integrado.

Os terapeutas da fala em Portugal, segundo o Decreto-Lei nº 564/99, são os profissionais de saúde responsáveis pelo "(...) desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação, tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da Linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal (...)".

Tendo por base a legislação portuguesa e as definições da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), da *American Speech and Hearing Association (ASHA)* e do *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes (CPLOL)* verifica-se que o Terapeuta da Fala intervém nas seguintes áreas: (i) Comunicação humana e perturbações relacionadas, incluindo também o estabelecimento e o ensino de estratégias de comunicação aumentativa e alternativa; (ii) Perturbações da Fala (articulação verbal, fluência, ressonância e voz incluindo a função respiratória); (iii) Perturbações da Expressão e Compreensão da Linguagem Oral e Escrita; (iv) Perturbações da Mastigação e Deglutição, bem como da Motricidade Orofacial.

Profundamente imbuída de um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, a reabilitação, para atingir as metas que se propõe alcançar, deve assentar num trabalho integrado de diferentes profissionais, onde as acções desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objectivos comuns (Direcção Geral da Saúde, 2002).

Em termos gerais, considera-se como adequado 1 Fisiatra e 3 Fisioterapeutas, por cada 30000 habitantes, e 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Terapeuta da Fala, por cada 60000 habitantes. Por cada unidade hospitalar com a especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), considera-se como adequado, por cada 50000 habitantes, 1 Fisiatra, respeitando os mesmos valores relativos entre os diferentes técnicos.

O processo de reabilitação da pessoa com deficiência está intimamente relacionado com o trabalho de uma equipa multiprofissional. Segundo um estudo de Kato e Blascovi-Assis (2004) a procura pelo conhecimento, a abertura a mudanças, o estabelecimento de uma rede de comunicação baseada na tolerância, flexibilidade e sinceridade, além de uma postura de respeito, humildade e confiança são alguns factores que facilitam o trabalho em equipa de reabilitação. Em contrapartida, a acomodação, o imobilismo e a não busca por novos conhecimentos, além da falta de um encontro sistematizado entre os profissionais, a baixa remuneração e uma postura de competitividade e individualismo são alguns factores que podem dificultar o trabalho em equipa de reabilitação.

Corroborar esta ideia Wade (2000) afirmando que o trabalho de equipa é o ponto-chave que determina a eficácia e eficiência da intervenção da Reabilitação, acrescentado que a equipa deverá ser constituída por elementos do mesmo serviço. Na reabilitação os resultados obtidos dependem mais da habilidade da equipa

em trabalhar eficientemente do que as capacidades individuais de cada profissão (Clinical Rehabilitation, 2002).

Wade (2000) realça o facto de na equipa de Reabilitação poder ser escolhido um líder na equipa para cada utente específico, embora os profissionais assumam pouca responsabilidade pela performance de outros profissionais que não os seus pares. Este autor considera essencial, para colocar em prática a Governação Clínica, que uma pessoa possa ter autoridade para influenciar os outros membros, independentemente da sua profissão.

Segundo recomendações da Rede de Referência Hospitalar da Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR), a reabilitação médica exige uma formação autónoma e uma organização que lhe permita apoiar as várias especialidades de forma global ou diferenciada (Direcção Geral da Saúde, 2002). Os serviços de reabilitação, bem como outros que intervêm na incapacidade apresentam características que os diferenciam dos restantes. Se por um lado os utentes recebem, na maioria, múltiplas intervenções associadas a equipas multidisciplinares, por outro os resultados obtidos dependem de inúmeros factores que transcendem a própria equipa de reabilitação (Wade, 2000).

Em muitas áreas na medicina interna e na prática médica cirúrgica, o médico adquire o papel central na tomada de decisão, no entanto na Reabilitação o *empowerment* é um factor crítico e o doente tem um importante posição na determinação dos objectivos e na influência do plano de tratamento (Clinical Rehabilitation, 2002).

A Governação Clínica, na Reabilitação, deverá demonstrar foco no doente, aliado às conformidades dos padrões clínicos (Clinical Rehabilitation, 2002).

De acordo com Wade (2000) as matérias relacionadas com a Governação Clínica são tratadas por órgãos representativos a nível nacional, de cada profissional individualmente, e mantidas a nível local, por os profissionais com maior antiguidade. Esta divisão de profissões diminui a controvérsia, uma vez que não lida com jogos de poder (Wade, 2000).

Assim, Wade (2000), resume como factores essenciais para a implementação da Governação Clínica na Reabilitação, a selecção de um líder, não necessariamente um médico, que concorde com os procedimentos, que defina com a equipa padrões e que os monitorize. É igualmente importante que se evolua na evidência, realizando publicações científicas e utilizando procedimentos válidos, sempre que possível. Por último é fundamental que se identifique e monitorize eventos sentinela ou resultados adversos.

3.4.3. Reabilitação no Internamento Hospitalar: peculiaridades do doente com AVC

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são a primeira causa de incapacidade adquirida e a primeira causa de referência para Reabilitação (CienciaPT, 2009).

Os AVC são a causa de 30% da população acamada e provocam incapacidade profissional em 71% dos casos, institucionalização em 16% dos casos, dependência nos auto-cuidados em 31% e na deambulação em 20% dos casos. Cerca de 10% dos doentes vítimas de AVC recuperam totalmente (ou quase) em 10% dos casos e 10% ficam em situação tão grave que não beneficiam com a Reabilitação. Assim, 80% dos doentes pós – AVC melhoram e necessitam de Reabilitação (CienciaPT, 2009)

É peremptório fazer a referência correcta destes doentes, para que possam ter acesso a uma reabilitação adequada e atempada, de acordo com as normas internacionais de orientação clínica (CienciaPT, 2009). Foi demonstrado ser de grande relevância a intervenção precoce e continuada nos utentes após AVC, independentemente de, inicialmente, apresentarem limitações motoras e funcionais pouco acentuadas (Nunes, Gomes da Silva e Pereira, 2005)

Segundo directrizes da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação, Portugal precisa definir e implementar normas de orientação clínica para a Reabilitação do AVC (SPMFR, 2009).

Todo o doente que sofreu um AVC beneficia com a Reabilitação e, dependendo do seu *status* clínico – funcional, pode necessitar de tratamentos em (CienciaPT, 2009):

- Internamento em Centro de Reabilitação diferenciado;
- Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;
- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Curta e Média Duração;
- Ambulatório de Serviço de MFR ou Unidade de MFR;
- Instituição do tipo lar, na residência ou em Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração

É necessário criar circuitos, baseados nas evidências e conhecimentos médicos científicos, que orientem os doentes pós - AVC para os cuidados de Reabilitação que permitam a maior autonomia e o melhor regresso possível à vida em Sociedade e à reintegração social. É fulcral que se definam nos critérios de referência e fluxogramas de AVC para a Reabilitação em Portugal (SPMFR, 2009)

4. METODOLOGIA:

O ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES PELA ANÁLISE ESTRATÉGICA

De acordo com as questões inicialmente colocadas, assentes no pressuposto de análise prospectiva – organizacional, a exploração, de forma crítica e relacional da dinâmica de actores e a antecipação de imagens futuras no contexto da implementação da Governação Clínica na Reabilitação do Internamento Hospitalar com o utente de A.V.C. exigia a escolha de um método peculiar. A utilização de um método modular e integrado (Alvarenga e Carvalho, 2007), que pudesse não só definir a estrutura organizacional, mas que suscitasse imagens de possíveis futuros, reduzindo a incerteza.

Neste capítulo ambiciona-se justificar as opções metodológicas tendo em conta a construção de um plano lógico para a resposta das questões de investigação. Antes de desenhar o estudo, parece de todo pertinente que se evidencie algumas temáticas que estão na base do mesmo. Por se considerar um estudo particularmente metodológico, uma vez que procura trazer para o âmbito da saúde, uma metodologia pouco aplicada, contribuindo desta forma para a evidenciação de uma ferramenta estratégica organizacional para o sistema de saúde, crê-se nuclear que se aborde previamente temas como a análise estratégica, prospectiva, método de cenários, em particular Método de Cenários de Godet, alicerce capital deste estudo.

4.1 *Análise Estratégica*

A pertinência da análise estratégica não se demonstra pela teoria, prova-se no terreno (Bernoux, s.d).

As definições do conceito de estratégia são tão numerosas quanto os autores que as referem e embora exista alguma convergência em alguns aspectos que estão na base do conceito, o conteúdo e os processos de formação da estratégia são objectos de abordagens muito diversas que assentam na forma como os autores concebem a organização e entendem o seu funcionamento. Assim, o conceito de estratégia é multidimensional e situacional e isso dificulta uma definição de consenso.

Um dos primeiros usos do termo estratégia foi feito há aproximadamente 3.000 anos pelo estrategista chinês Sun Tzu, que afirmava que todos os homens podem ver as táticas pelas quais eu conquisto, mas o que ninguém consegue ver é a estratégia a partir da qual grandes vitórias são obtidas (Sun Tzu, 2009).

O vocábulo teve a sua origem na Grécia Antiga, significando, inicialmente, *arte do general*, adquirindo, posteriormente, uma conotação voltada para a guerra, significando a arte e a ciência de conduzir um exército por um caminho. O termo estratégia assumiu o sentido de habilidade administrativa na época de Péricles (450 a.C.), quando passou a significar habilidades de gestão (administrativas, liderança, oratória, poder).

A estratégia teve várias fases e significados, evoluindo de um conjunto de acções e manobras militares para uma disciplina do Conhecimento da Gestão, a Gestão Estratégica, dotada de conteúdo, conceitos e razões práticas, que vem conquistando espaço tanto no âmbito académico como no empresarial.

De entre os muitos conceitos de estratégia, um dos mais utilizados é aquele que a define como o conjunto de planos do gestores de uma empresa para alcançar resultados consistentes com a missão e os objectivos gerais da organização. Qualquer que seja a definição, destacam-se algumas palavras-chave que sempre a permeiam, entre elas: mudanças, competitividade, desempenho, posicionamento, missão, objectivos, resultados, integração, adequação organizacional, palavras que muitas vezes reduzem a sua amplitude, ao serem empregadas como sinónimos dela.

A análise estratégica relacionando organização e meio envolvente desde cedo estiveram ligadas em 1965 Ansoff define "Estratégia é um conjunto de regras e tomada de decisão em condições de desconhecimento parcial. As decisões estratégicas dizem respeito à relação entre a empresa e o seu ecossistema" (Wikipedia, 2010).

Na visão de Crozier e Friedberg (1977) e Coelho (2005), a análise estratégica é a forma mais adequada de analisar as organizações, uma vez que utiliza o actor como decodificador do sistema. Para estes autores o actor cria o sistema, ao estruturar as suas relações, concebendo regras para o jogo organizacional. Segundo Friedberg (1992) e Ferreira, Neves e Caetano (2001) qualquer indivíduo dentro da organização não aceita ser tratado como uma entidade passiva em relação aos meios que são utilizados para a consecução dos objectivos da organização. Cada indivíduo tem os seus objectivos próprios, os seus projectos, que procura desenvolver mesmo que confrontado com as contingências estruturais e institucionais da organização. Em vez de observarmos os indivíduos como objectos passivos num processo interactivo de estímulo - resposta sujeito a escolhas totalmente previsíveis, devemos observá-los, acima de tudo, como agentes criativos que definem e prosseguem os seus objectivos específicos.

A estratégia começa com uma visão de futuro para a empresa e implica a definição clara de seu campo de actuação, na habilidade de previsão de possíveis reacções às acções empreendidas e na direcção que a levará ao crescimento.

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

De um modo genérico, poder-se-á dizer que estratégia consiste em tomar decisões que determinam a vida de uma organização, o que implica a realização de um pensamento estratégico complexo que, por natureza, envolve percepções e intuições, que nem sempre são precisas e objectivas.

4.2 *Análise Prospectiva*

4.2.1 *Prospectiva Estratégica na Mira do Futuro*

Para saber onde se quer ir, há que saber onde se está e de onde se vem (Godet, 1993:261)

Desde sempre o homem tentou prever o futuro de forma a poder dominar as forças da natureza e, pelas mesmas razões, as organizações por ele criadas infermam desse mesmo desejo. Existe e sempre existiu, no homem e nas organizações, um sentimento profundo, misto de curiosidade e medo, que os leva a desejar prever os efeitos das mudanças e a antecipar as decisões, muitas vezes com a esperança de conseguir manobrar esse “futuro”, para lhes dar a forma e o caminho que gostariam que ele tivesse.

Terá sido em 1965 com a instituição da *Comissão do Ano 2000 pela Academia Americana de Artes e Ciências*, liderada por Daniel Bell que se acentuou a densificação de um campo de estudo genericamente identificável pela expressão *Futures Studies*⁵. Entre outras ideias fortes, e partindo do reconhecimento de que não se pode prever o futuro, esta Comissão defendia a importância de se proceder a uma identificação de alterações estruturais na sociedade com impactos potenciais significativos a longo prazo. Adicionalmente, a Comissão realçava a importância da decisão (tomada no presente) ter em conta “futuros alternativos”, especialmente no que concerne a assuntos críticos/chave (Alvarenga, Carvalho, 2007).

Os *Futures Studies*, são um campo de estudo que engloba, entre outras matérias, o *Foresight*, os Cenários e *La Prospective*, sendo importante realçar à sua distinção com Previsão e de Planeamento. A previsão deu lugar à prospectiva, a prospectiva permite o planeamento (Alvarenga e Carvalho, 2007).

A palavra *prospectiva* foi utilizada pela primeira vez de acordo como o filósofo, economista e pedagogo francês Gaston Berger como: olhar para o futuro, preocupar-se com o longo prazo; e ter cuidado com as interações, visando encontrar os factores e tendências que são realmente importantes; considerando o

⁵ *Futures Studies* (ou *Futures Field* ou *Futures*) é o termo mais lato que abrange um vasto conjunto de actividades e abordagens tendo o futuro como objecto de análise. Richard Slaughter utiliza a seguinte definição: “A complex, globally-distributed and broad area of study which takes futures concerns as its main focus” (Slaughter, 1996 in Alvarenga, Carvalho, 2007:5)

género humano como agente capaz de modificar o futuro. Berger foi considerado o pai da Prospectiva na sequência de um artigo seminal de 1957 (Godet, 2000). Ele próprio era discípulo do filósofo Maurice Blondel, que considerava o futuro como um domínio a construir a partir de materiais e de constrangimentos do passado “o futuro não se prevê, prepara-se”, dizia ele (Godet, 2000). Gaston Berger ia ainda mais longe, considerando que “o futuro é a razão de ser do presente” e que uma grande parte das nossas acções explica-se pelos projectos que as justificam.

Na verdade, estas ideias não são novas e já se encontram nas reflexões de Aristóteles, o qual distingue a causa eficaz, aquela que provoca o efeito, da causa final, aquela que justifica os nossos actos com base num projecto. Vários são os autores que se destacam na evolução histórica da Prospectiva e essencialmente da Prospectiva Estratégica. Sobressai os nomes de Pierre Wack e Peter Schwartz como impulsionadores para a visão de planeamento por cenários distinguidos da previsão, “Decision scenarios describe different worlds, not just different outcomes in the same world”. (Wack, 1985, in DPP , 1997:9). Michael Porter, da Harvard Business School, mostrou um renovado interesse nas potencialidades do planeamento por cenário pela apresentação de um método de cenários industriais e pela definições competitivas em condições de incerteza. Berger , Jouvenel, Lesourne, Godet e Gonod são autores que se destacam da Prospectiva da escola francesa, La Prospective (Alvarenga e Carvalho, 2007). No entanto, Michael Godet é a principal referência da escola francesa, com a sua metodologia de cenários, é sobre ela que se incidirá este estudo e como tal será mais explorada no ponto seguinte.

Para a Prospectiva, o futuro não está escrito, no essencial ele está aberto e a ser construído pelos actores mais bem colocados e determinados. É assim que a antecipação se divide em atitudes complementares mas frequentemente separadas, a préactividade e a proactividade (Godet, 2008). A primeira dedica-se a antecipar as mudanças previsíveis para melhor nos prepararmos para elas e delas tirar partido. Encontramos aí todas as abordagens dos *futures studies*, do *forecasting*, do *scénario planning*. A segunda, mais voluntarista, tenta provocar as mudanças desejadas pela acção (a inovação, por exemplo, para a conquista de mercados).

A Prospectiva pode ser utilizada com fins diferentes: *Prospectiva Exploratória* – tem apenas como objectivo elucidar os futuros possíveis de um sistema, aplicando-se com frequência à análise de questões Macro; *Prospectiva Estratégica* – em que a Prospectiva é um elemento numa cadeia de aprendizagem das Organizações que lhes permitem antecipar a evolução do enquadramento e com base nessas simulações testar as estratégias existentes e/ou definir uma nova visão estratégica condutora da acção (DPP,1997).

A Prospectiva em sentido estrito ocupa-se apenas de responder à questão - *O que pode Acontecer no Futuro?* A Prospectiva torna-se Prospectiva Estratégica quando a organização se interroga sobre *O que pode a Organização fazer?* Uma vez tratadas estas questões a Estratégia parte para colocar duas outras questões: *O que vai a Organização fazer?* e *Como Vai a Organização fazê-lo?* Daí a imbricação entre Prospectiva e Estratégia, daí que se considere imprescindível uma acção proactiva.

Planear deixa de ser o seguir de uma tendência, o reencaminhamento rumo a um alvo desejável mas antes o favorecimento de um entre os muitos futuros, considerado um processo dinâmico sujeito a revisão permanente com o envolvimento dos actores (Perestrelo, 1999).

Citado em Lopes e Capricho (2005:164), Drucker afirma “Não é assim tão difícil prever o futuro. Só que é inútil (...) não se pode tomar decisões para o futuro. As decisões representam compromissos para as acções e as acções são do presente”.

É a imagem que se faz do futuro, que de alguma forma condiciona o presente. Esta abordagem do futuro pode ser descrita, por um lado, como o resultado da influência determinista do passado e do presente e, por outro lado, das escolhas, da vontade e da acção sobre o presente. Assim, a prospectiva vira-se para o futuro decididamente diferente do passado, pois os problemas mudam mais depressa do que se resolvem, e prever essas mudanças é o mais importante do que encontrar soluções que se apliquem a problemas do passado. Esta multiplicidade e indeterminação do futuro estão directamente relacionadas com as acções dos múltiplos actores que agem hoje em função dos seus projectos para o futuro (Godet, 1993).

A prospectiva possibilita assim, a redução de incertezas quanto a períodos futuros, baseando-se no conhecimento das pessoas têm de determinados sistemas que serão prospectivados: ela precisa de procurar o provável comportamento desses actores na construção do futuro e antecipá-lo. Talvez o mais importante num exercício prospectivo seja o processo e não o resultado final. É nele que se procuraram consensos sobre o futuro a ser realizado ou construído (Cristo, 2002).

Por fim, nas palavras arrojadas de Godet (2008:17) conclui-se “qualquer forma de predição do futuro é uma impostura, o futuro não está escrito, pelo contrário, é necessário construí-lo”. O futuro é múltiplo, indeterminado e aberto a uma grande variedade de futuros possíveis. O que se vai passar amanhã depende menos de tendências pesadas que se imporiam fatalmente aos homens do que das políticas levadas a cabo por estes face a essas tendências (Godet, 2008).

4.2.2. Método dos Cenários – da antecipação à acção por Michael Godet

Análise de Cenários é uma ferramenta para nos ajudar a adoptar uma visão a longo prazo (com arte e criatividade), combinado com a prática da conversação estratégica, num mundo de grande incerteza política, social, económica e tecnológica. (Schwartz, 2000: 18)

Antecipar o futuro envolve uma atitude proactiva, antecipar os eventos, predizê-los e reagir a eles. A Prospectiva, segundo uma visão estratégica, é vista como elemento numa cadeia de aprendizagem das Organizações que lhes permitem antecipar a evolução do enquadramento e com base nestas simulações testar as estratégias existentes definir uma nova visão estratégica, condutora da acção (DPP, 1997).

Na percepção mais ampla de uma organização, pode-se afirmar que o universo de variáveis produz os mais diversos desafios. Compreender esses desafios e tentar vencê-los é o papel das organizações em diversas situações suportando-se de instrumentos que emprestam a melhor contribuição para cada caso.

Dentre os possíveis caminhos para um diagnóstico de uma situação, uma análise de cenários⁶ prospectivos, é um dos instrumentos a ser utilizado, ou como tratam alguns autores, como sendo uma ferramenta que auxilia no tratamento das variáveis de forma estratégica.

A partir desta linha principal, pretende-se destacar a expressiva relação de suporte na condução de uma análise de cenários prospectivos organizacionais, segundo o Método de Michel Godet.

Para minimizar mudanças organizacionais constantes e provocar um salto qualitativo na elaboração e implantação de estratégias nas organizações, a prospecção de cenários representa um recurso significativo para visualizar e formular situações futuras. Nesse contexto, pensar o futuro, procurando perspectivar possíveis cenários, configura-se como uma habilidade a ser desenvolvida na organização. Tal habilidade

⁶ Por cenário encontram-se com definições "combinação de sequências de acontecimentos ou de fenómenos antecipados ordinariamente, situados uns em relação aos outros num duplo sistema de relações diacrónicas e causais, com a finalidade de pôr em evidência os caracteres prováveis da evolução de uma dada situação, a partir de um corpo de hipóteses formuladas sobre as «tendências pesadas» desta evolução." (Decouflé, 1980, p. 41) ou o "conjunto formado pela descrição de uma situação futura e da série de sequências (que constituem o caminho) que permitem passar da situação actual (de origem) a essa situação futura" (Ortigueira Bouzada, 1984, p. 157), ou ainda mais sucintamente a "descrição tão imaginativa quanto possível de uma situação que constitui actualmente um problema."

possibilita ao gestor agir com mais confiança e consistência nas incertezas do ambiente organizacional, preparando-o a enfrentar novos desafios (Godet, 2008).

Entre os métodos desenvolvidos para apoiar a reflexão estratégica e prospectiva, o Método dos Cenários foi aquele que actualmente apresenta mais adeptos (Caldas e Perestelo, 1996).

O Método dos Cenários foi desenvolvido progressivamente nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, e em França, nomeadamente com os trabalhos da Datar (Délégation à l'aménagement du territoire) (nos anos 60), da Sema-Metra (nos anos 70), e os do CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers, instituto universitário), actualmente, com o grupo de Michel Godet. É um método que incorpora informação qualitativa a par da quantitativa, e que tem sido aplicado com sucesso como ferramenta de apoio à decisão, inicialmente ao nível da empresa e actualmente pelas administrações públicas no planeamento em vários domínios, incluindo a área da saúde.

Ao longo dos últimos cinquenta anos, diferentes alternativas surgiram no que concerne ao método de cenários prospectivos. Foram consagradas, pelas obras e contribuições de Kahn (1969), Berger (1964), Godet (1993), Wack (1985), Schwartz (2000) e Heijden (2004).

A prospecção de cenários transformou-se e atingiu novas dimensões no início dos anos 70, com o trabalho do cenarista francês Pierre Wack, na área de planeamento do futuro da Royal Dutch Shell, salientando a necessidade de criar uma nova ferramenta estratégica que auxiliasse o planeamento a longo prazo (Perestelo e Caldas, 1996).

Os resultados obtidos pela Royal Dutch Shell com o novo enfoque de ver o futuro tornaram a empresa mundialmente conhecida pelo pioneirismo na utilização de cenários, o que resultou na valorização e no reconhecimento do método, em especial pela sua postura pró-activa frente à crise do petróleo na década de 70 (Perestelo e Caldas, 1996).

Em 1988, com o surgimento da *Global Business Network (GBN)* – empresa de prospecção criada por Schwartz e Wack – teve início a popularização do emprego dos cenários como instrumento de gestão estratégica para as empresas anglo-saxónicas e a sua divulgação e expansão em todo o mundo organizacional a partir da década de 90.

Os Cenários para Van der Heijden (DPP, 1997) permitem lidar com as Incertezas de três modos diferentes: (i) ajudam a organização a compreender melhor o seu enquadramento, permitindo que muitas decisões não apareçam como acontecimentos isolados mas como parte de processos, o que permite a tomada de riscos calculados; (ii) colocam a Incerteza na agenda, chamando a atenção da organização para os “acidentes” que podem estar para acontecer; e neste sentido permite aos gestores evitar riscos desnecessários; (iii) ajudam a organização a tornar-se mais adaptável, ao alargar os seus modelos mentais e desse modo

ampliando as capacidades de percepção necessárias para reconhecer acontecimentos inesperados.(DPP, 1997).

A elaboração de cenários assenta num princípio simples e que consiste em partir de um conjunto de tendências observadas no presente, e imaginar as futuras evoluções de um sistema. Por outras palavras, "trata-se de deduzir os *futuros futuríveis* a partir de um conhecimento aprofundado do presente, da análise regressiva (as chamadas tendências pesadas do sistema) e da análise de sistemas (as relações envolvidas)" (Nazareth, 1988: 84)

O valor heurístico deste instrumento que se designa por cenário é pois "função da pertinência das hipóteses escolhidas à partida bem como da coerência do sistema de relações, destinada a integrar o conjunto das variáveis da evolução descrita" (Decouflé: 1980: 41)

Embora haja autores que defendam poder afirmar-se que não há um método dos cenários mas sim uma multitude de formas de construir cenários (mais ou menos simplistas, mais ou menos sofisticadas), parece no entanto que entre a maioria dos especialistas existe um certo consenso de qualificar como método dos cenários toda a tentativa que compreenda um certo número de etapas bem precisas (análise do sistema, retrospectiva, estratégia dos actores, elaboração de cenários), que se encadeiam logicamente (Godet, 1993: 42).

O método dos cenários inclui quatro grandes componentes, para cada um dos quais a Datar desenvolveu uma conceptualização apropriada e uma ampla bagagem de instrumentos específicos de análise. Os componentes a que aludimos são segundo Ortigueira Bouzada (1984) os seguintes: A base: ou seja, a análise da situação do sistema considerado; O conteúdo externo: descrição das restrições mais significativas que provêm do ambiente do sistema e incidem sobre ele; Os processos de evolução do sistema: que vão da origem ao horizonte futuro seleccionado; A imagem final do sistema.

Portanto o método dos cenários, em geral, pode processar-se em três etapas, que são: i) a construção da base, ii) a descrição da envolvente, e iii) a construção do cenário.

Na sua metodologia, Michel Godet integra o método de construção de Cenários entre duas tarefas, respectivamente a montante, o diagnóstico da organização, e a jusante, o apoio às escolhas estratégicas (Perestelo e Caldas, 1996).

De acordo com o Triângulo Grego utilizado por Michel Godet (fig.4) a Antecipação (ou Reflexão Prospectiva) a Apropriação (ou Motivação e Mobilização Colectiva da Organização) e a Acção (ou Vontade Estratégica), relacionam-se de forma interactiva (DPP, 1997). Esta associação permite compreender que, numa organização, os profissionais cooperam entre si, que integram conjuntos complexos que poderão ajudar a

resolver problemas. Assim, é necessário encontrar a qualidade interna que permita um sentimento de pertença e motivação pessoal face a uma dinâmica de mudança organizacional.

Seja em que terreno for, a prospectiva constitui uma antecipação (pré-activa e proactiva) para esclarecer a acção presente à luz dos futuros possíveis e desejáveis. Preparar-se para as mudanças previsíveis, não impede de agir para provocar as mudanças desejadas. Na lógica do triângulo grego, o azul da

antecipação não se pode transformar em verde da acção a não ser com a ajuda do amarelo da apropriação pelos actores envolvidos. Aparecem aqui dois erros simétricos a evitar. O primeiro consiste em pensar de cima para baixo, como peritos ao serviço da acção do príncipe, esquecendo a apropriação. É uma má ideia querer impor uma boa ideia. O segundo consiste em afastar os peritos e a matéria azul das análises teóricas para dar a palavra ao povo e privilegiar a matéria amarela dos consensos do presente.



fig. 4. O Triângulo Grego
Fonte: Godet (1993:24)

Michel Godet aponta três objectivos principais do Método dos Cenários: (i) Identificação das questões a estudar em prioridade, a que o autor designa por Variáveis – Chave, a partir do estabelecimento de relações entre as variáveis que caracterizam o sistema estudado e mediante uma análise explicativa global tão exaustiva quanto possível; (ii) Determinação, nomeadamente a partir das Variáveis - Chave, dos Actores fundamentais, das suas estratégias e dos meios de que dispõe para chegar à realização dos seus projectos; (iii) Descrição, sob a forma de Cenários, da evolução do sistema estudado, tendo em conta as evoluções mais prováveis das Variáveis - Chave e a partir de jogos de hipóteses quanto ao comportamento dos Actores (Godet, 2008).

O Método dos Cenários estrutura-se em três grandes fases (fig5): (i) Construção da Base Analítica e Histórica, que consiste em construir um conjunto de representações do estado actual do sistema constituído pela organização e pelo seu enquadramento (variáveis e suas relações; actores e seu posicionamento face a variáveis). Esta fase inclui portanto a identificação das Variáveis-Chave e dos Jogos de Actores; (ii) Exploração do Campo das Possíveis Evoluções, resultando na redução das incertezas. Pode realizar-se através de uma Análise Morfológica que decomponha o sistema estudado em dimensões essenciais, defina as configurações mais prováveis para cada uma delas e estude as combinações destas diferentes dimensões. Nesta fase cabe ainda o processo de redução de incerteza com a estimação das probabilidades subjectivas de ocorrência dessas diferentes combinações; (iii) Elaboração dos Cenários, entendidos, não só como descrição dos possíveis “estados finais”, mas como descrição do caminho que possa conduzir a eles (DPP, 1997).

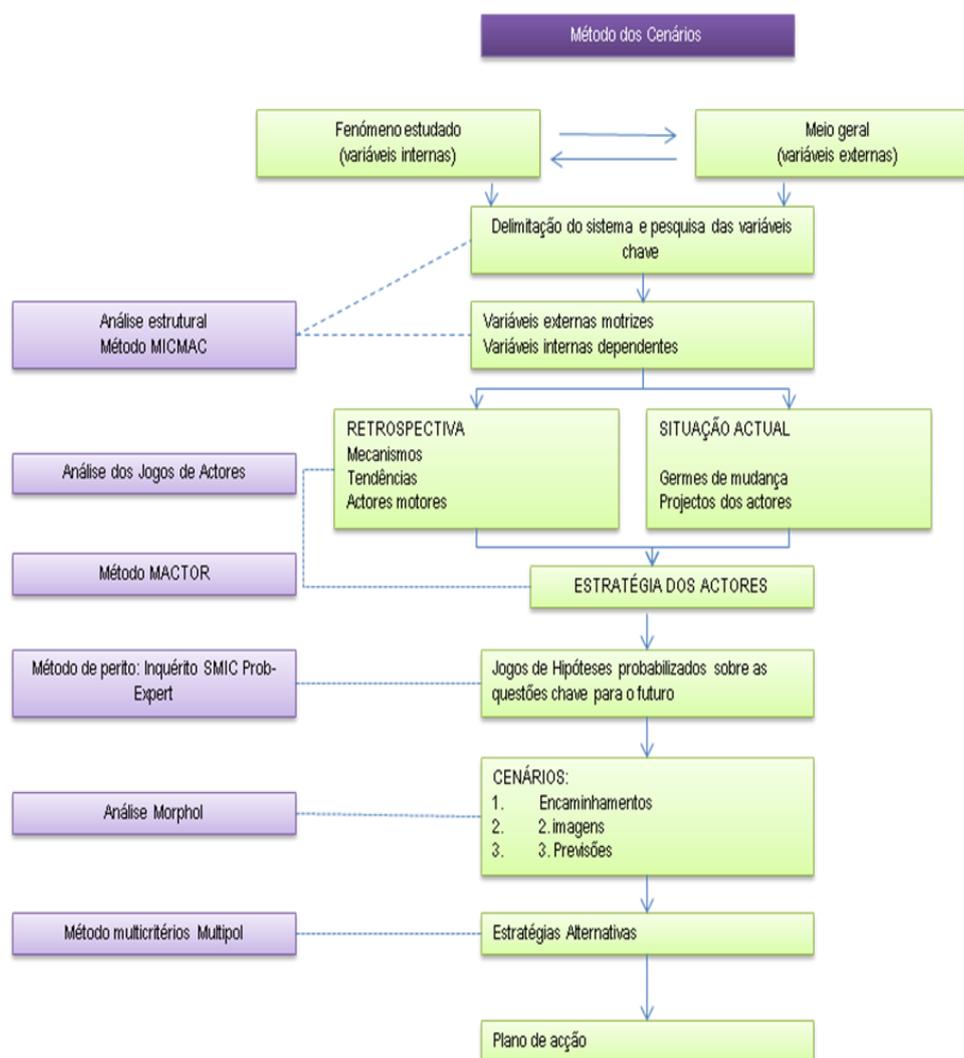


fig. 5. Método de Cenários
 Fonte: Godet (1993: 74)

A primeira fase, Construção da Base Analítica e Histórica, tem como objectivo dar uma imagem do estado actual do sistema constituído pelo fenómeno em estudo e pelo seu enquadramento, e fazer um primeiro levantamento de factores que introduzem dinâmica nesse sistema. Esta fase inclui quatro etapas:

- Delimitação do Sistema constituído pelo Sistema estudado e pelo seu Enquadramento Geral (político, económico, tecnológico, etc.);
- Análise Estrutural, levando à determinação das Variáveis - Chave (ou em substituição, realização de “Ateliers” de Prospectiva);
- Análise Actual e Retrospectiva, identificando invariantes, tendências pesadas e “factos portadores de futuro”;
- Análise do “Jogo de Actores” e da sua relação com as Variáveis - Chave e a Possível evolução do Sistema.

Assim, é necessário construir a base pela delimitação do sistema, ou seja pelo diagnóstico orientado, que permite encontrar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que o caracterizam o mais exaustivamente possível e pela análise estrutural com a identificação das relações directas, das hierarquias entre as variáveis identificadas, nesta fase poderá ser utilizado o método MICMAC (Godet, 1993). Posteriormente, e uma vez detectadas as Variáveis – Chave, é necessário analisar como se posicionam relativamente a elas os principais actores, as alianças, os conflitos e as estratégias. A segunda abordagem refere-se à Estratégia de Actores, poderá ser utilizado o Método MACTOR como ferramenta de apoio à análise das relações de força e objectivos no jogo entre actores

No final desta fase deverão ter sido atingidos os seguintes resultados fundamentais para a fase seguinte: O sistema estudado deve estar já limitado aos Elementos Pertinentes (principais tipos de variáveis, de entre a lista total); o sistema estar já estruturado e eventualmente decomposto em sub - sistemas; a sua evolução passada e o seu estado actual já estarão explicados (interpretados); os factores de evolução ou de estabilidade do Sistema já foram postos em evidência; os projectos dos Actores foram já resumidos num Quadro Estratégico e Cada Actor terá sido posicionado face aos objectivos estratégicos (que constituem o cerne da evolução do Sistema) e as táticas de alianças e de conflitos entre Actores terão sido devidamente analisados (Caldas, Perestelo 1996).

A segunda fase, Exploração do Campo das Possíveis Evoluções, tem como objectivo preparar os elementos que irão constituir a base da Elaboração dos Cenários, partindo das constatações a que se chegou na primeira fase e fazendo jogar os mecanismo de evolução do sistema. Nesta fase é nuclear associar duas noções, a de incertezas e a de probabilidades. Para vir a construir Cenários é necessário, objectivar “dimensões de incerteza” formular hipóteses para o futuro, ao mesmo tempo que também se questiona o comportamento de tendências que haviam sido identificadas na fase anterior. A cada conjunto de hipóteses, para a totalidade das “dimensões de incerteza retidas” corresponde um Cenário cuja realização pode ser mais ou menos provável (DPP, 1997).

Esta fase inclui, assim, duas etapas:

- Análise Morfológica destinada a escolher as variáveis e “componentes” a reter e as hipóteses que se consideram envolver o campo das possibilidades de evolução de cada Variável ou “Componente”, sendo que a combinação destas configurações pode originar um grande número de potenciais Cenários, nesta fase pode-se recorrer ao Método Morphol;
- Probabilização das Combinações de Configurações utilizando o método SMIC Prob-Expert baseado na consulta a peritos.

Por último a terceira fase, Elaboração dos Cenários integra duas tarefas distintas, numa metodologia dedutiva:

- O aperfeiçoamento das “Imagens Finais” dos Cenários que foram seleccionados, no horizonte temporal do estudo;
- A construção de uma narrativa sequenciada, ou seja permitindo, de modo lógico, descrever o percurso que, partindo da situação actual, permite chegar às “Imagens Finais”.

O crescimento das incertezas, a multiplicação das interdependências, a aceleração das mudanças em certos domínios e a acentuação das inércias noutros, são factores que têm contribuído para tornar necessária uma acção no presente que leve a uma reflexão prospectiva sob a forma de Cenários possíveis (DPP, 1997)

Assim, resume-se nas palavras de Master (DPP, 1997:5) “ É perigoso recorrer ao passado para desvendar o futuro. Felizmente, o presente está dotado com uma estrutura que contém os elementos de construção do futuro. Se olharmos para o futuro mais como uma possibilidade do que como um prolongamento do presente, no tempo, verificaremos que o futuro “projecta uma sombra sobre o presente”. Pode conceber-se o mundo como um sistema de causa e efeito não - lineares, dito “emergente”, no qual as relações existentes constituem as fontes da antevisão. Uma tal perspectiva “emergente” vai sugerir que a antevisão é uma questão de interpretação, que existem ferramentas apropriadas para esse efeito, e que a nossa capacidade para manejá-las cabalmente é uma questão do foro organizacional”.

4.3. Desenho do estudo

A escassez de estudos que utilizam a método de cenários nas organizações de saúde, a que acresce o facto dos conceitos de governação clínica serem uma realidade recente nos hospitais do sistema nacional de saúde, justifica a opção de um estudo de carácter exploratório.

Perante as perguntas orientadoras deste estudo: *Num Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, quais os jogos de actores entre profissionais de saúde que intervêm na sua prática diária com o doente de A.V.C.?; Qual a estratégia para a implementação de conceitos da Governação Clínica, através de uma metodologia prospectiva de criação de cenários, para uma realidade particular?* Perante estas questões verifica-se que o objectivo é circunscrito a um terreno organizacional e social exclusivo. Um realidade que não poderá ser transportada para outras.

O estudo de carácter essencialmente metodológico pretende facultar mais um contributo para adequação da metodologia prospectiva, nomeadamente de criação de cenários, para a realidade organizacional da saúde, metodologia esta que tem tido a sua evolução na área da industria e do urbanismo.

A execução do estudo num hospital, regulado pelos novos princípios de governação hospitalar, E.P.E. , parece pertinente, amplia o facto deste hospitalar estar a iniciar um processo de implementação de um

modelo de Qualidade, EFQM, o que poderá denotar um certo interesse dos gestores de topo em criar cultura de qualidade e em fomentar padrões de qualidade organizacional. A relevância deste estudo poderá recair sobre o facto de se dar um contributo sobre a visão de alguns actores, que como já se verificou serão a força motriz necessária para a mudança.

Esta proposta de dissertação insere-se numa perspectiva de Investigação – Acção, no âmbito da Prospectiva Estratégica, Metodologia de Cenários de Michel Godet. A opção metodológica recai desta forma sobre os paradigmas quantitativos de aplicação transversal, a recolha de dados é realizada sobre a forma de inquérito por questionário, através de um momento único, não existindo seguimento com os inquiridos. Esta abordagem poderia ser enriquecida através de um contributo de cariz qualitativo não só como refere Creswell (2003) e Coelho (2005) para que os enviesamentos inerentes a cada um dos métodos pudesse neutralizar ou mesmo anular os enviesamentos de outros métodos. Ponderou-se a aplicação de uma metodologia mista quantitativa/qualitativa, na análise da matriz de dependência e influência no jogos de actores, no entanto esta abordagem não foi realizada por requerer uma maior disponibilidade de tempo, não só do investigador mas também dos profissionais, que já estavam perante um questionário extenso, que exige reflexão e ponderação. Chama-se à atenção, segundo a autora Françoise Gonnet (1992:268) os profissionais de saúde estão “pouco habituados a reflectir e a agir sobre um modo de acto por acto de urgência, esta reflexão em profundidade incomoda-os e desestabiliza-os num primeiro momento”.

Operacionalizou-se a arquitectura do presente estudo num esquema de análise (fig.6), construído a partir dos conceitos chave explorados e enquadrados na fundamentação deste estudo.

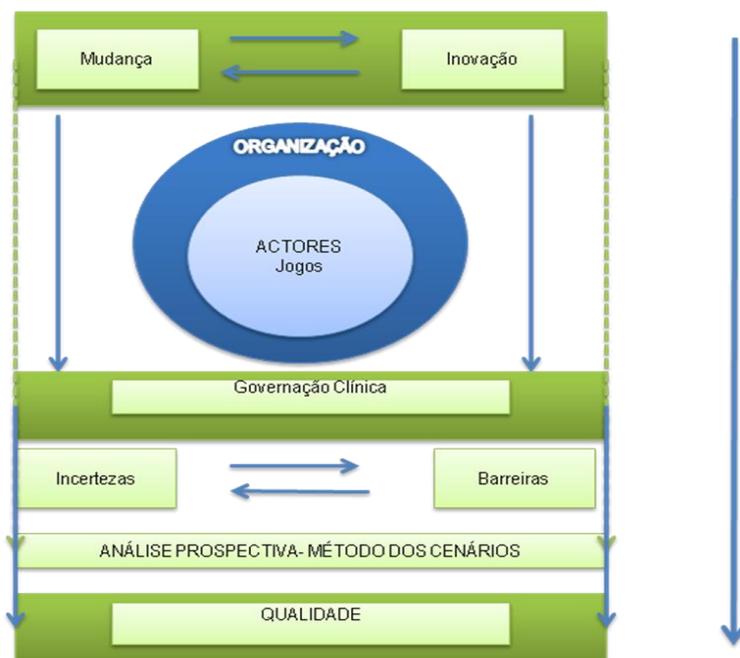


fig. 6. Esquema de análise do estudo
Fonte: Autor

Assim, centrado num contexto organizacional que é preenchido por actores, actores estes que vivem sob a alçada de objectivos e poderes intrínsecos, muitas vezes não aliados aos da organização. No entanto, esse círculo organizacional situa-se num contexto exterior imbuído de mudança, onde a inovação surge como resposta. Para colmatar uma zona de incerteza, criadas pelas barreiras da própria organização, dos valores e crenças dos actores, mas também do meio envolvente, é fundamental o papel da análise estratégica, nomeadamente de uma metodologia prospectiva, que permite antever futuros possíveis e com isso alcançar o sucesso dos objectivos estratégicos, nomeadamente da Qualidade dos cuidados prestados, meta alvo de qualquer organizacional em particular das organizações de saúde, que lidam com a peculiaridades dos utentes e da doença.

4.6. Caracterização da unidade de análise

A unidade de análise em estudo centra-se num Hospital Central dos Serviço Nacional de Saúde, Hospital E.P.E., com trinta anos de existência sendo uma referência na região onde se encontra, servindo uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente.

Dotado de todas as valências básicas e complementares que permitem ajustar a sua classificação no nível II de diferenciação da Carta Hospitalar, constitui-se como um Serviço Público instituído, organizado e administrado a pensar na população e na prestação de cuidados médicos diferenciados a doentes agudos.

O Hospital em análise é um hospital público, com características de hospital central, cuja finalidade é, segundo dados da sua missão, elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados. Para isso assumem como vectores principais de actuação o desenvolvimento da melhoria contínua nos seguintes domínios: A motivação e o desenvolvimento profissional das pessoas que trabalham no hospital; A eficiência e o equilíbrio financeiro da gestão; A contribuição para a melhoria do Sistema Nacional de Saúde, pela cooperação e coordenação com outras organizações deste sistema.

O Hospital encontra-se actualmente a implementar o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), que segundo Dommartin (2000), Director-geral da EFQM, deve assentar em metodologias de Gestão da Qualidade Total. O modelo de Excelência é uma ferramenta da autoria da EFQM (*European Foudation for Quality Management*), fundada em 1988, que tem como objectivo monitorizar um conjunto de conceitos fundamentais relacionados com a qualidade explícitos no modelo, num sistema de gestão estruturado, que integra, na sua filosofia de gestão, o conceito de qualidade total e que pretende proporcionar uma linguagem de gestão e ferramentas comuns. Têm como missão conduzir as organizações, através da partilha de boas práticas, a um nível de desempenho excelente, tendo como base uma visão do mundo, no qual as organizações, de qualquer dimensão, instituições públicas ou privadas ou

mesmo organismos governamentais, possam apostar na excelência sustentável e obter êxito (Lopes e Capricho, 2007)

O Hospital em estudo apresenta mais de 500 camas de internamento, no âmbito do tratamento das doenças cardiovasculares o Hospital encontra-se apetrechado com uma moderna Unidade de Hemodinâmica e uma Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), com 5 camas de internamento. Particularmente neste aspecto há a considerar o facto dos doentes com diagnóstico de AVC poderem seguir uma Via Verde (Via Verde AVC) que responde com a prontidão e urgência que o caso assim o exige. Os doentes poderão então ser internados, em termos agudos na UAVC e posteriormente em Serviços de Internamento da Medicina Interna, Neurologia, Neurocirurgia, ou esporadicamente outros. De salientar, o facto de ao Hospital estar agregada uma equipa de Gestão de Altas e Unidade de Convalescença, que engloba a Rede de Cuidados Continuados.

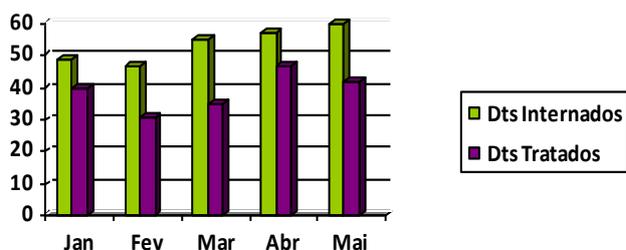


fig.7. Número de doentes internados na UAVC e número de doentes tratados pela equipa de Fisioterapeutas entre os meses de Janeiro a Maio de 2010.

Fonte: Hospital em análise

Em termos estatísticos, a UAVC, do Hospital em análise apresentou entre os meses de Janeiro a Maio do presente ano uma média de 53,6 doentes por mês, o mínimo por mês foi de 47 doentes internados e o máximo de 60 (fig. 7).

Na mesma linha de reflexão, comparando o número de doentes da UAVC tratados pela Fisioterapia a média de doentes tratados no mesmo período foi de 39, onde se registou um mínimo de 31 e um máximo de 47 (fig7). Assim comparando, a taxa de doentes tratados pela Fisioterapia em relação aos doentes internados (fig.8) , a média é de 72,6%, o que pode evidenciar uma forte intervenção da Fisioterapia nesta unidade.

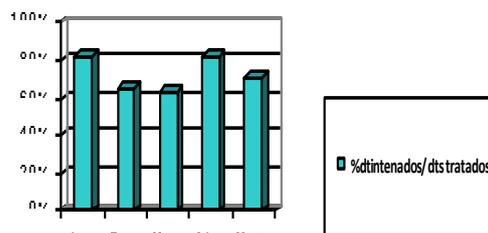


fig. 8. Taxa de doentes tratados em Fisioterapia em relação aos doentes internados na UAVC entre os meses de Janeiro a Maio de 2010

Fonte: Hospital em análise

Em particular este estudo centra-se no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR), do mesmo Hospital. Este Serviço constitui-se por diferentes profissionais, Fisiatras, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala, estes diferentes profissionais englobam Departamentos distintos, apresentando os terapeutas individualmente, um Coordenador Técnico, ao qual responde a um Director de Serviço, de área de especialidade médica. Numa perspectiva hierárquica o Director de Serviço subordina-se ao Director Clínico e ao Conselho de Administração.

Quadro 2. Distribuição da população - alvo, relação de questionários distribuídos e obtidos de acordo com o grupo profissional e género

	População	Questionários distribuídos	Questionários obtidas
Director de Serviço	1	0	0
Médico Fisiatra	7	3	3
Fisioterapeuta	8	7	6
Terapeuta Ocupacional	8	8	6
Terapeuta da Fala	1	1	1
<i>Total</i>	<u>25</u>	<u>19(76%)</u>	<u>16(70%/84%)</u>
<i>Sexo</i>			
Feminino	14	11	8
Masculino	11	8	8

Fonte: Estimativa da população alvo e contagem dos questionários distribuídos e recolhidos, dados do autor

Assim, a população -alvo deste estudo são os profissionais de saúde que trabalham directamente no SMFR, tentando abranger todos os profissionais, independentemente da cadeia hierárquica que realizem a sua intervenção com o utente de AVC, nas mais diferentes Unidades de Internamento. A população, em termos globais é constituída por 25 profissionais, numa estimativa que se constrói segundo os profissionais que mais habitualmente intervêm com os doentes de AVC (Quadro 2).

Obteve-se 70% das respostas possíveis, com uma taxa de resposta de 84%, sobre os questionários distribuídos. A diferença entre a população e aos questionários obtidos deve-se a situações de férias ou ausência do serviço, bem como ao facto de se ter estipulado um período para a entrega dos mesmos. A relação mais evidente de distorção dos resultados obtidos face à população existente diz respeito ao grupo profissional médico e ao director de serviço. Em relação à distribuição dos questionário aos médicos, deparou-se com a dificuldade que a maioria dos médicos identificados como alvo, encontram-se em regime de internato, mudando com frequência o serviço de internamento bem como o sítio de estágio. Assume-se desde já o erro da não distribuição do questionário ao Director de Serviço. Este deveu-se ao facto do actual director de serviço se encontrar em regime de delegação de competências, sendo o mesmo da área Pediátrica, sendo por questões de ordem técnica, de difícil acessibilidade.

O questionário na sua versão final (Apêndice II) foi aplicado aos grupos profissionais já mencionados, após autorizado do órgão de gestão do hospital em análise (Conselho de Administração) e comissão de ética do mesmo, e após conversa pessoal informal com o Director de Serviço e Coordenadores Técnicos, no sentido de informar o propósito do mesmo e a forma como iria ser realizada a recolha dos mesmos. Optou-se por entregar os inquéritos pessoalmente, uma vez que pela extensão e complexidade do mesmo, considerou-se que seria importante envolver e motivar os participantes desde início, para compreenderem os objectivos da proposta. No entanto para garantir que os respondentes não sentissem coagidos a responder, sentido o anonimato das suas respostas invadido, optou-se por criar um local, independente de qualquer profissional, onde os respondentes pudessem colocar os seus inquéritos sem constrangimentos. Assim, foi colocado uma caixa de respostas, no local administrativo do serviço e marcado um período de duas semanas para responder.

Pode-se observar no Quadro 3 que a amostra é constituída por 16 profissionais, distribuídos de igual forma por género e com uma distribuição por grupo profissional de 18,8% médicos, 37,5% fisioterapeutas, 37,5% terapeutas ocupacionais, 6,3% terapeutas da fala. A média de idades é de 30 anos, tendo o elemento mais novo 25 e o mais velho 52 anos. Grande percentagem dos inquiridos (43,8%) possui pós-graduações e uma parte (18,8%) habilitações de mestrado ou doutoramento, mas apenas um dos inquiridos (6,3%) exerce cargo de chefia. Em relação em antiguidade, na profissão, a média é de 6,75 anos com um desvio padrão de 6,22; a média da antiguidade na instituição é de 5 anos com um desvio padrão de 5,2 (o que pode sugerir que a maioria dos profissionais desenvolveu a sua actividade nesta instituição). Para além disso a média na antiguidade nesta área de intervenção (doentes com AVC) é de 4,75 anos, com desvio padrão de 6. Verificou-se que os principais serviços de internamento dos respondentes são *Outros* (37,5%), aos quais se obteve respostas como *Neurocirurgia, Fisioterapia, ou Vários*, e a Medicina Interna (18,8%).

Quadro 3. Caracterização dos respondentes

Sexo		Escolaridade	
<i>Feminino</i>	N= 8 (50%)	<i>Bacharel</i>	N= 1 (6,3%)
<i>Masculino</i>	N=8 (50%)	<i>Licenciatura</i>	N= 5 (31,3%)
		<i>Pós-graduação</i>	N= 7 (43,8%)
		<i>Mestrado/Doutoramento</i>	N= 3 (18,8)%
Idade (anos)		Antiguidade na Profissão (anos)	
Média	30	Média	6,75
Desvio Padrão	6,97	Desvio padrão	6,22
Min – Máx	25- 52	Min-Máx	1-25
Grupo Profissional		Antiguidade na Instituição (anos)	
Médico Fisiatra	N= 3 (18,8%)	Média	5
Fisioterapeuta	N= 6 (37,5%)	Desvio padrão	5,9
Terapeuta Ocupacional	N= 6 (37,5%)	Min-Máx	0-25
Terapeuta da Fala	N= 1 (6,3%)		
Exerce Cargo de Chefia		Antiguidade na área de actuação (anos)	
Sim	N= 1 (6,3%)	Média	4,75
Não	N= 15 (93,8%)	Desvio padrão	6
		Min-Máx	0-25
Serviço de Internamento onde desempenha actividade			
UAVC	N= 1 (6,3%)	U.C.Convalescença	N= 2 (12,5%)
Medicina Interna	N= 3 (18,8%)	Outro\	N= 6 (37,5%)
Neurologia	N= 1 (6,3%)	Não se aplica	N= 3 (18,8%)

Fonte: Análise dos Inquéritos. dados obtidos por tratamento estatístico SPSS (Outputs em apêndice)

4.5 Instrumento de colheita de dados

4.5.1. Estrutura e lógica do questionário

De entre os instrumentos possíveis para a recolha de dados, decidiu-se pela análise do inquérito por questionário, a uma população alvo, dos profissionais de saúde da área da Reabilitação que intervêm na sua prática com o doente com AVC.

Pela análise estratégica que se pretende, na sua visão prospectiva, a utilização de uma metodologia estudada e estratificada é indiscutível. A escolha recaí sobre uma adaptação do Método de Cenários de Michael Godet., já mencionado na fundamentação da metodologia. O formato de questionário permite o acesso a uma descrição de base numérica sobre tendências, atitudes ou opiniões obtidas a partir de uma amostra ou uma população de a que o investigador generalize ou faça afirmações sobre a população (Creswell,2003). O facto de se poder cruzar dados e através da matriz teórica recolhida levantar alguns véus da realidade, desenvolve o interesse e a motivação pessoal.

Assim, a construção do questionário teve um forte contributo dos trabalhos de Carlos da Silva na área dos estudos prospectivos em tecnologias da saúde⁷, e aplicados em vários trabalhos dos seus orientandos no âmbito dos projectos de doutoramento em Ciências da Saúde⁸. A estrutura e grelhas metodológicas de cenários foram adaptadas de acordo com a realidade e a temática que se pretende estudar, tendo em conta o conhecimento que se detém da mesma.

As questões alicerçam-se a uma fundamentação teórica que se elencam essencialmente nos aspectos da governação clínica. A lógica de interpretação e análise do estudo foi descrita no esquema elaborado para descrever o desenho do estudo.

Esta construção subjaz a uma leitura da organização e o posicionamento do jogo de actores, face ao objectivo estratégico de implementação do modelo de governação clínica na busca da qualidade organizacional. Esta construção corresponde à divisão em três secções (de A a C). A Secção A corresponde à lógica da metodologia de cenários, adaptado as questões para análise dos métodos MACTOR® e MORPHOL® ; A secção B, na análise das barreiras e dos efeitos directos face à implementação da

⁷ Carlos Alberto da Silva é o Orientador da presente dissertação que facultou documentos de trabalho ainda não publicados.

⁸ Saliem-se os trabalhos e projectos de doutoramento de Ana Rosalina Fernandes e de António Abrantes. Por serem trabalhos ainda em curso, os documentos consultados assumem um carácter de reserva pelo que não podem ser citados na bibliografia.

governação clínica e por ultimo a secção C corresponde à caracterização dos respondentes, nomeadamente a caracterização demográfica e profissional, já mencionados anteriormente.

A secção A, subdividida em 4, corresponde a uma adaptação do método de cenários. A1. Exploração do Campo das Possíveis Evoluções, Análise MORPHOL, onde se descrevem as hipóteses (Quadro 4) e a sua probabilização nos próximos 5 anos; A2; Descrição das Imagens Finais, bem como o caminho que possa conduzir a eles Análise A3: Relação de Influências e Dependências entre actores, para análise MACTOR; A4 Relação de relevâncias e objectivos gerais de acordo com os diferentes actores, igualmente pela Análise MACTOR.

Quadro 4. Dimensões e hipóteses de estudo

Dimensões	Hipóteses
Aspectos Gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar	H1: Através da implementação dos pressupostos da GC no Internamento Hospitalar permite melhorar os processos de tomada de decisão dos profissionais, garantir a eficácia e eficiência na prestação de cuidados, assim como fomentar a participação do utente, garantindo a confiança dos mesmos
	A1.1.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR garantem a eficácia e a eficiência da prestação de serviços baseada nos pressupostos da GC
	A1.2.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR utilizam os pressupostos da Prática Baseada na Evidência em todos os processos de tomada de decisão
	A1.3.- O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado
	A1.4.- O meu Serviço de MFR possui os recursos humanos necessários à disponibilização de serviços de elevada maturidade em GC que garantem a confiança dos utentes
Contexto de Trabalho	H2: A adopção dum modelo de GC no contexto de trabalho permite melhorar as condições da organização do trabalho, designadamente a liderança, a cooperação, o trabalho em equipa, a autonomia profissional, assim como o uso rigoroso de guidelines, reflectindo na prática os resultados das investigações
	A1.6.- A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais
	A1.7.- O meu Serviço de MFR melhora a cooperação efectiva e o trabalho em equipa entre os profissionais do Serviço e outros profissionais do hospital/serviços, através das práticas diárias baseadas em GC
	A1.8.- O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade
	A1.9.- Todos os profissionais existentes no meu Serviço de MFR realizam com regularidade e rigor a auto-avaliação das suas práticas
	A1.10.- A informação disponibilizada pelos resultados das investigações existentes em Reabilitação e afins são reflectidas diariamente nas actividades/práticas dos profissionais do meu serviço
	A1.11.- Toda a actividade profissional é suportada por um modelo da GC , que enfatiza o uso rigoroso de <i>guidelines</i>
	A1.12.- A coordenação do meu Serviço de MFR promove e/ou desenvolve sistematicamente uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços
Formação e Actualização dos Conhecimentos	H3: O desenvolvimento da GC é influenciado pelas disponibilidades de formação e actualização dos conhecimentos dos profissionais
	A1.13.- Os profissionais no meu Serviço de MFR têm os conhecimentos e as competências necessárias para tomarem as decisões baseada nos resultados das investigações e demais literatura científica
	A1.14.- O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre <i>guidelines</i> e demais linhas orientadoras das suas práticas
	A1.15.- Todos os profissionais do meu serviço realizam e/ou participam com regularidade

	nas acções de formação contínua sobre temas afins à GC e/ou temáticas de investigação em Reabilitação
	A1.16.- Todos os novos profissionais contratados para o meu serviço já trazem da sua formação de base adequados conhecimentos sobre os pressupostos da GC
Governação Clínica em Reabilitação Hospitalar	H4: A sustentabilidade da GC em reabilitação hospitalar decorre a existência dum sistema de monitoria e avaliação dos erros e incidentes adversos, de indicadores de desempenho, e dum plano de intervenção para situações de riscos clínicos que permita providenciar a segurança das práticas profissionais
	A1.17.- O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais
	A1.18.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em <i>guidelines</i> actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos
	A1.19.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos
	A1.20.- O meu Serviço de MFR dispõe de indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados
Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR	H5: A concretização efectiva de políticas e práticas em GC no Serviço de MFR depende do grau de maturação das estratégias e políticas de gestão da qualidade neste serviço e em demais serviços hospitalares
	A1.21.- O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços
	A1.22.- Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governação clínica em todos os níveis da prestação de cuidados ao utente com AVC

Fonte: Inquérito

Ainda sobre a secção A4 importa referir que os objectivos definidos (Quadro 5) para análise de relação com os actores, de acordo com a escala: 0- Objectivo nada relevante; 1-Objectivo pouco relevante; 2- Objectivo relevante; 3-Objectivo muito relevante; 4-Objectivo bastante relevante.

Quadro 5. Objectivos na Análise MACTOR

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir a qualidade na prestação de cuidados de Saúde ▪ Garantir a segurança e a confiança dos utentes ▪ Assegurar a participação dos utentes ▪ Promover a autonomia profissional ▪ Melhorar os processos de tomada de decisão ▪ Melhorar a organização do trabalho ▪ Reforçar os meios tecnológicos e <i>guidelines</i> ▪ Promover a formação contínua ▪ Promover o consenso no ambiente hospitalar ▪ Implementar um sistema de avaliação do desempenho |
|--|

Fonte: Inquérito

A secção B corresponde á análise das barreiras à implementação bem como aos efeitos directos e/ou indirectos da aplicação da GC na prática. Numa escala de concordância de 5 pontos, apontam-se 23 factores condicionantes negativos da implementação da GC. Como efeitos destaca-se a Qualidade, a Satisfação, a Valorização da Imagem Profissional e Reforço do Desenvolvimento Profissional (Quadro 6).

Quadro 6. B1: Barreiras e factores Directos da aplicação da GC

①	②	③	④	⑤
Discordo totalmente	Discordo em parte	Indiferente	Concordo em parte	Concordo totalmente
Barreiras para a aplicação da GC				
B1.1.- Pouca disponibilidade de tempo no local de trabalho	①	②	③	④ ⑤
B1.2.- Fraca disponibilidade de fontes de informação e literatura especializada	①	②	③	④ ⑤
B1.3.- Défice de conhecimentos sobre os conceitos de GC	①	②	③	④ ⑤
B1.4.- Insuficiente apoio dos colegas do serviço	①	②	③	④ ⑤
B1.5.- Insuficiente apoio dos outros profissionais	①	②	③	④ ⑤
B1.6.- Insuficiente apoio dos superiores hierárquicos	①	②	③	④ ⑤
B1.7 Insuficiente apoio da Administração do Hospital nas inovações na prática diária	①	②	③	④ ⑤
B1.8.- Motivação profissional	①	②	③	④ ⑤
B1.9.- Fadiga devido ao elevado número de horas de trabalho	①	②	③	④ ⑤
B1.10.- Más condições físicas, ambientais do local de trabalho	①	②	③	④ ⑤
B1.11.- Forma de organização do trabalho em equipa	①	②	③	④ ⑤
B1.12.- Comunicação com as chefias	①	②	③	④ ⑤
B1.13.- Défice de comunicação entre os elementos da equipa de Reabilitação	①	②	③	④ ⑤
B1.14.- Forte afluência de utentes no Internamento Hospitalar	①	②	③	④ ⑤
B1.15.- Fraca envolvência do utente com AVC no contrato terapêutico	①	②	③	④ ⑤
B1.16.- Muitas tarefas administrativas e/ou burocracia dos procedimentos	①	②	③	④ ⑤
B1.17.- Escasso acesso à formação contínua	①	②	③	④ ⑤
B1.18.- Inexistência de legislação e regulamentação sobre as práticas	①	②	③	④ ⑤
B1.19.- Pouca informação especializada disponível	①	②	③	④ ⑤
B1.20.- Limitação na Autonomia Profissional	①	②	③	④ ⑤
B1.21.- Critérios de avaliação de desempenho mal definidos	①	②	③	④ ⑤
B1.22.- Pouca clarificação e divulgação dos resultados de desempenho	①	②	③	④ ⑤
B1.23.- Défice de auditorias clínicas	①	②	③	④ ⑤
Efeitos directos e/ou indirectos da GC na Reabilitação Hospitalar				
B1.24.- Garantia de Qualidade dos serviços prestados	①	②	③	④ ⑤
B1.25.- Promoção da Satisfação no trabalho	①	②	③	④ ⑤
B1.26.- Valorização da Imagem profissional	①	②	③	④ ⑤
B1.27.- Reforço do Desenvolvimento profissional	①	②	③	④ ⑤

Fonte: Inquérito

4.5.2. Validade do instrumento de colheita de dados e Questões éticas

Como refere Fortin (2003) a questão central relativa à validade prende-se com o factor de saber se os dados colhidos reflectem a realidade, se são exactos.

Para satisfazer este pressuposto o questionário foi submetido por diferentes momentos a um painel de peritos. Um perito da realidade e que se encontra fora da população-alvo, para que pudesse fazer um pré-teste de forma a descrever dificuldades de natureza descritiva e temática, apresentando críticas e sugestões (ver apêndice) Tendo em conta a primeira abordagem tentou-se dar mais clareza ao instrumento, retirando-lhe complexidade e ambiguidade em algumas questões.

Por outro lado, foi sujeito a um painel peritos de matéria temática e metodológica que asseguram a exactidão das grelhas de análise do método de cenários.

Em relação às questões éticas de qualquer e investigação importa realçar o facto de desde o início se assumiu alguns princípios desta linha de conduta. Parece importante realçar dois eixos de compromisso do investigador, uma do investigador com os participantes e outra com a análise dos dados. Por um lado obter autorização formal da entidade organizacional em estudo, por outro assegurar a confidencialidade dos dados pessoais, mantendo o anonimato, para além do círculo académico interessado, o direito a não quer participar ou abandonar o estudo e ainda de conhecer o propósito do mesmo. Por outro lado a confiança que o investigador analisar os dados de forma objectiva e clara sem interferências dos desejos ou opiniões pessoais.

4.6. Procedimento de tratamentos dos dados

Os dados recolhidos foram tratados estatísticas, de acordo o tipo e características apresentadas. Crê-se que os instrumentos de análise devem ser correctamente utilizados para se adequarem à realidade.

O tratamento de dados, foi desta forma realizado segundo uma abordagem quantitativa, para todos os dados obtidos do Inquérito. Utilizaram softwares estatísticos distintos consoante as secções analisadas. A utilização do SPSS (statistical package for social sciences) parece ser o que se mais se adequa na análise de sociais, na medida em que de uma simplificada, esquematiza e traduz os dados recolhidos. É segundo Silva (2003:7) “é dirigido especificamente ao tratamento da informação estadística sobre fenómenos humanos e sociais”. Esta ferramenta foi utilizada na análise das Secções B, C e igualmente a secção A2, do questionário.

Na secção A foram utilizados da softwares específicos do método de cenários, disponibilizados pela LIPSOR. O software informático para análise da estratégia de actores –MACTOR® e o software de análise morfológica MORPHOL®.

Um dos pontos críticos fundamentais na interpretação dos dados é o facto do investigador ter presença prolongada no terreno do estudo. Para compor com lógica a análise de dados, a sensibilidade de quem está imbuída na realidade da organização, poderá ser uma mais valia, conferindo uma solidez na capacidade de reflexão sobre os resultados da medição quantitativa. Nas palavras de Firmino da Costa (2001) o facto do investigador estar presente prolongadamente no terreno observa uma multiplicidade de dimensões sociais, bem como obtém uma visão dos actores sociais locais, através de depoimentos verbais, de observação directa e participativa, que o permitem ter uma descodificação de símbolos, de comportamentos e estratégias, de estilos de agir e de pensar. Considera-se nuclear realçar que as pessoas têm estratégias, mobilizam poderes que influenciam a dinâmica organizacional. O sucesso da implementação de estratégias no seio organizacional depende muito destes "ventos" e é crucial que o investigador tenha a capacidade de descodificar gráficos e redes de pontos, conseguindo compreender a profundidade das relações de forças e as matrizes de influências e dependências, de forma a descrever fielmente a realidade.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*Nunca faço previsões. Apenas olho através da janela
e vejo o que é visível, mas que não foi visto*

Peter Drucke (1997)

No pressuposto de que “a objectividade do investigador tem a ver com o esforço e a com a qualidade do seu planeamento de forma a evitar a interferência dos seus desejos e atitudes nos dados encontrados” (Almeida e Freire, 2000:206) e de que não se pode fabricar uma identidade de um qualquer contexto, procura-se neste capítulo, com a devida responsabilidade que é evidenciar dados de uma realidade, desenvolver uma análise crítica com base nos resultados obtidos. Com base no cruzamento da matriz teórica desenvolvida no enquadramento, ambiciona-se desenvolver um elenco de dimensões que reproduza o contexto organizacional em estudo.

O título deste estudo reporta-nos a uma ideia central de acção dos actores organizacionais. Prospectivar a dinâmica de actores é ter em conta uma dimensão estratégica que se baseia na imagem futura do movimento social dos actores. Entender o seu posicionamento em relação a outros é diligenciar descodificar os códigos de relação de poder que permitem uma acção colectiva em prol dos objectivos estratégicos da organização.

A análise dos resultados debruça-se, numa adaptação, em duas fases do método de cenários de Michel Godet, a análise estratégica de actores e a análise morfológica.

5.1 Dinâmica social dos Actores, prospectiva nas relações de poder

O futuro nunca é totalmente determinado. Qualquer que seja o peso das tendências vindas do passado, continua em aberto a vários futuros possíveis. Os actores do sistema estudado dispõem de múltiplos graus de liberdade que vão poder exercer, através de acções estratégicas, para atingir os fins que fixaram, a fim de realizarem o seu projecto (Godet, 1993).

Desde logo, a análise do jogo de actores, a confrontação dos seus projectos, o exame das suas relações de força, em síntese os condicionalismos e meios de acção são essenciais para pôr em evidência os desafios estratégicos e as questões-chave para o futuro.

Em primeira instância é fundamental definir os actores inseridos no sistema. Segundo, Godet (1993) um número extenso de actores torna árdua a tarefa de os analisar em termos de jogos, aconselhando o actor um número entre dez e vinte. Para tornar este estudo um compromisso realista e operacional optou-se por restringir a análise a dez actores. Assim, como actores do sistema temos Governo – Ministério da Saúde (G – MS), Administração do Hospital em análise (ADH), Direcção Clínica do Serviço em Análise (DC), Coordenadores técnicos de cada sector (CT), Fisioterapeutas (FT), Terapeutas Ocupacionais (TO), Terapeutas da Fala (TF), Outros Profissionais no Hospital (OP), Utentes com AVC (UT).

Tendo como referência principal o método MACTOR® (Métodos ACTores, Objectivos, Relações de Força) a análise da estratégia de actores torna-se consistente.

Com este método procura-se identificar algumas alianças, dependências e influências existentes entre os diferentes actores, com vista à elaboração de recomendações estratégicas. Um actor influente é um actor que dispõe de meios de acção importantes para influenciar um número elevado de actores. Pelo contrário, um actor ao qual muitos actores possuem meios de acção é dependente.

Para o estudo da relação de forças existentes entre os actores, Godet (1993) propõe o preenchimento de uma matriz dos meios de acção directos.

Através do software MACTOR® foi possível identificar o grau de influência directa e o grau dependência directa dos actores. O quadro 7 apresenta essa relação.

Quadro 7. Matriz dos meios de Acção Directos (MAD)

MDI	GMS	ADH	DC	CT	Dr.	FT	TO	TF	Outros	utentes	Influência Directa Global
	GMS	0	3	3	1	1	1	1	1	1	
ADH	3	0	3	3	2	2	2	2	1	1	19
DC	2	3	0	3	3	3	3	3	2	2	24
CT	2	3	3	0	3	3	2	2	2	3	23
Dr.	1	2	3	2	0	3	3	3	2	2	21
FT	1	2	2	3	2	0	3	3	3	3	22
TO	1	2	2	3	2	2	0	2	2	2	18
TF	1	2	2	3	2	2	2	0	2	2	18
Outros	1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	17
utentes	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	17

© LPSOR-EPTA-MACTOR

Dependência directa	GMS	ADH	DC	CT	Dr.	FT	TO	TF	Outros	utentes
	14	21	22	22	19	20	20	20	17	18

Fonte: Inquérito

Da análise de meios de acção directa (MDA) verifica-se que a direcção clínica e a coordenação técnica tanto são os actores mais influentes como também mais dependentes. Em segunda linha de influência aparece os fisioterapeutas e os médicos fisiatras.

No entanto, os meios de acção directos não traduzem todo o jogo de influências, sendo necessário recorrer a uma matriz dos meios de acção directos e indirectos (MADI – ou MDII em inglês). A partir do software MACTOR © calculou-se MADI (Quadro 8)

Quadro 8. Matriz dos meios de Acção Directos e Indirectos - MADI

MDII	GMS	ADH	DC	CT	Dr.	FT	TO	TF	Outros	utentes	II
	GMS	12	13	13	13	12	12	12	12	10	10
ADH	13	19	19	17	17	17	16	16	15	16	146
DC	13	20	21	22	19	20	20	20	17	18	169
CT	13	20	21	20	19	20	20	20	17	18	168
Dr.	12	18	18	21	18	19	20	20	17	17	162
FT	12	18	18	20	18	18	18	18	17	18	157
TO	12	18	18	18	18	18	17	17	16	17	152
TF	12	18	18	18	18	18	17	17	16	17	152
Outros	12	17	17	17	17	17	17	17	16	16	147
utentes	12	17	17	17	17	17	17	17	16	16	147
Di	111	159	159	163	155	158	157	157	141	147	1507

© LPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Inquérito

A matriz MADI dá uma visão mais completa do jogo de relações de força. Pode-se comparar a ordenação dos actores tendo em conta a sua influência directa (MAD) e sua influência directa e indirecta (MADI) (Quadro 9).

Quadro 9. Relação entre o grau de influência directa e grau de Influência directa e Indirecta, em ordem descendente; Relação entre o grau de dependência directa e grau de Dependência directa e Indirecta, em ordem descendente

Grau de Influência Directa	Grau de Influência Directa e Indirecta	Grau de Dependência	Grau de Dependência Directa e Indirecta
DC	DC	DC	CT
CT	CT	CT	DC
FT	Dr.	ADH	ADH
Dr.	FT	FT	FT
ADH	TO	TO	TO
TO	TF	TF	TF
TF			
OP	OP	Dr.	Dr.
UT	UT	UT	UT
	ADH	OP	OP
GMS	GMS	GMS	GMS

Fonte: Inquérito

Verifica-se que tanto numa análise como noutra a Direcção Clínica e a Coordenação Técnica apresentam as posições mais altas de influências, mas igualmente de dependências. Por sua vez a Administração parece ter uma posição mais desfavorável do que ao início parecia prever, encontrando-se agora na penúltima posição de influência directa e indirecta e como uma forte pressão face aos outros actores (elevada dependência indirecta). Igualmente os médicos ganham relevo subindo em termos de influência e mantendo a dependência relativamente baixa (sétima posição)

No que respeita aos Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala situam-se numa relação de força média relativamente ao conjunto do sistema. Destacando-se a capacidade de acção directa dos fisioterapeutas em relação à coordenação técnica, aos outros profissionais e aos utentes, comparativamente às outras profissões (Quadro MDI). De realçar ainda a forte relação de força entre a Coordenação Técnica com a Direcção Clínica e com os Médicos.

No entanto, pela natureza relativamente mediana das forças obtida é necessário prosseguir com a análise de forma a retirar algumas recomendações estratégicas.

Através da análise da influência e da dependência directa e indirecta é possível desenhar um gráfico – Plano de Influência/Dependência directa e Indirecta dos actores – com recurso ao software MACTOR®. Como refere Perestrelo e Caldas (2000) a partir deste gráfico é possível destacar os actores que “comandam” o jogo de actores (os mais influentes e pouco dependentes).

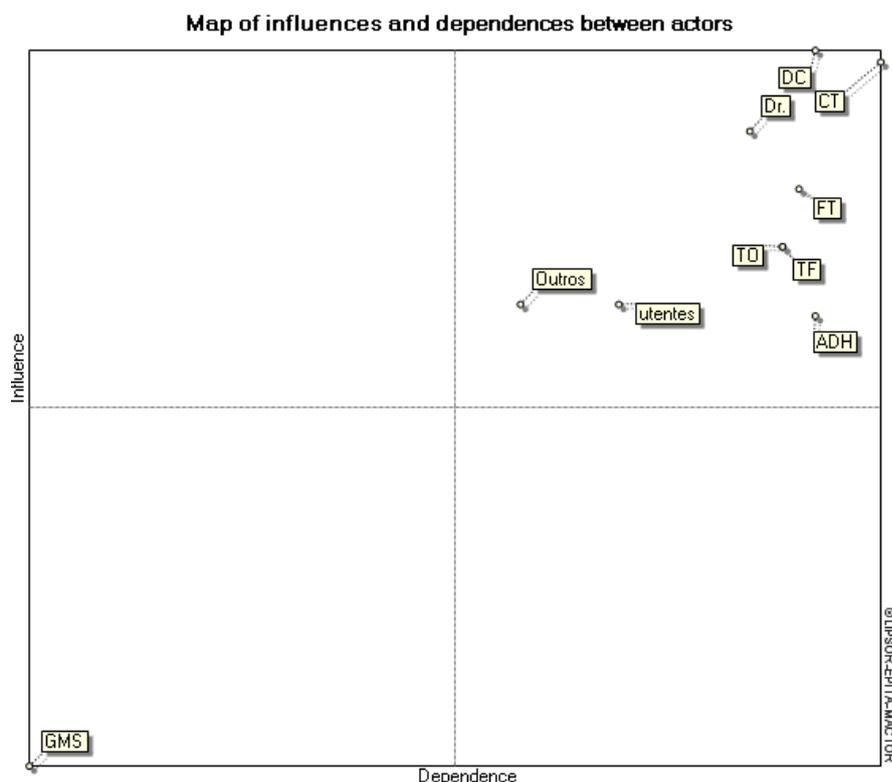


fig. 9: Plano de Influências e Dependências Directas e Indirectas entre actores

Fonte: Inquérito

Da análise do Plano apenas numa abordagem visual pode-se verificar que as variáveis encontram-se em maioria num dos sectores (fig 9), à excepção do Governo Ministério da Saúde que se encontra na origem de dependência e influência. Segundo Godet (1993) estes actores, pouco influentes e pouco dependentes, constituem tendências pesadas ou factores relativamente desligados do sistema, com o qual apenas têm poucas ligações, devido ao seu desenvolvimento autónomo, não se constituem assim como determinantes do futuro.

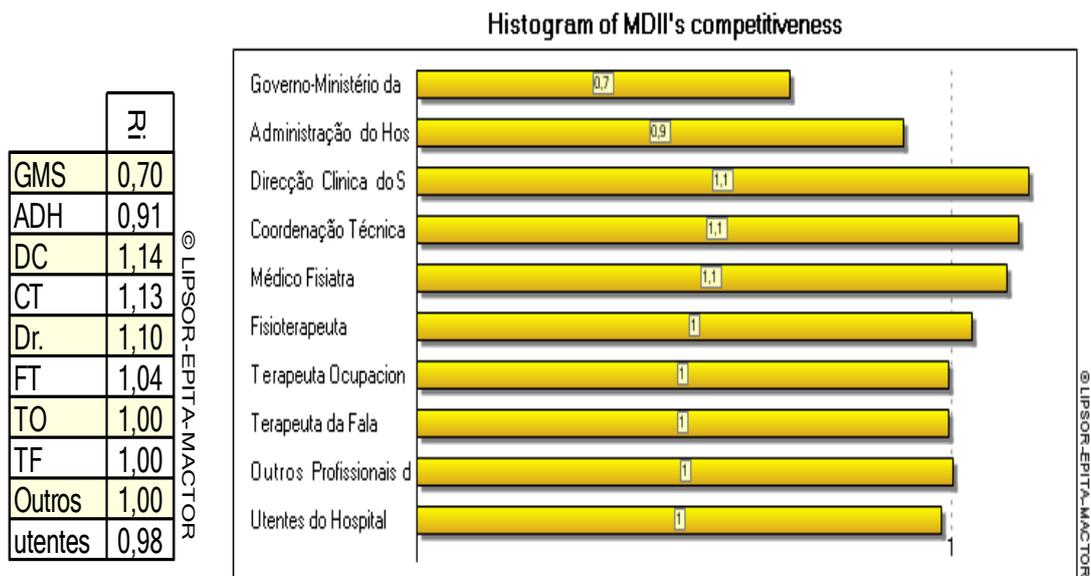
Por outro lado a análise dos actores fortemente influentes mas igualmente fortemente dependentes, como se encontram os nossos actores, constituem-se como actores de ligação, por natureza instável. Com efeito qualquer acção sobre estes actores terá repercussões sobre os outros e um efeito de retorno sobre si próprio que virá ampliar ou atenuar a impulsão inicial.

Um sistema desta natureza, onde a nuvem de pontos se situa em redor da diagonal é um sistema instável. Os actores apresentam-se como actores – desafio ou charneira, pelo seu carácter mutável.

Perante este facto é importante analisar outros dois aspectos, o coeficiente de relações de força (ri) e a matriz dos equilíbrios líquidos das relações de força entre actores.

O Ri, coeficiente de relações de força, segundo o modelo proposto de Godet (1993), mede a competitividade do actor e é tanto mais elevado consoante a influência de um actor é elevada e a sua dependência é fraca. Uma vez que quando um actor é o mais competitivo também será o é influente, mas a sua dependência e retroacção terão de ser bastante fracas. No entanto, não se pode pensar que apenas um actor influente é competitivo. Um actor pode ser bastante influente, mas também, como já se viu, bastante dependente, o que o torna ao mesmo tempo retroactivo, o que resultaria numa fraca competitividade. No entanto, um actor moderadamente influente, sem dependência ou retroacção torna-se competitivo. A partir do Software MACTOR® obteve-se essa relação de valores descritos no Quadro 10.

Quadro 10. Coeficiente de relação de força (Ri) entre os diferentes actores e respectivo Histograma de competitividade



Fonte: Inquérito

Verifica-se que a Direcção Clínica, a Coordenação Técnica, o Médico Fisiatra e o Fisioterapeuta assumem as posições de maior competitividade ($R_i > 1$). Sendo a Direcção Clínica e Coordenação Técnica que assumem uma posição mais elevada neste jogo.

Por outro lado, denota-se uma menor competitividade por parte dos Governo, Ministério da saúde, que como já se verificou no plano de Influências/ Dependências poderá estar relacionado com a sua maior autonomia de desenvolvimento.

Outros dos aspectos a ponderar é a matriz dos equilíbrios líquidos da relação de força entre actores (Quadro 11) que permite analisar se um actor, em termos líquidos, influencia mais do que é influenciado. O sinal positivo indica que o actor exerce mais influência do que recebe, o sinal negativo indica que o actor exerce menos influência daquela que recebe influencia

Quadro 11. Matriz dos Equilíbrios Líquidos

NS	GMS	ADH	DC	CT	Dr.	FT	TO	TF	Outros	utentes	Sum
GMS		0	0	0	0	0	0	0	-2	-2	-4
ADH	0		-1	-3	-1	-1	-2	-2	-2	-1	-13
DC	0	1		1	1	2	2	2	0	1	10
CT	0	3	-1		-2	0	2	2	0	1	5
Dr.	0	1	-1	2		1	2	2	0	0	7
FT	0	1	-2	0	-1		0	0	0	1	-1
TO	0	2	-2	-2	-2	0		0	-1	0	-5
TF	0	2	-2	-2	-2	0	0		-1	0	-5
Outros	2	2	0	0	0	0	1	1		0	6
utentes	2	1	-1	-1	0	-1	0	0	0		0

© LPSOR-EPITAMACTOR

Fonte: Inquérito

Através da análise do quadro 11 pode-se verificar que:

- O Governo, Ministério da Saúde é um actor fortemente influenciado e que não influencia nenhum dos outros actores;
- A Administração do Hospital em análise é o actor mais influenciado pelos restantes e aparentemente o que menos influência exerce sobre os outros;
- O Director Clínico do Serviço é o actor mais influente e exercendo influencia a todos os actores, excepto ao Governo, Ministério da Saúde e aos outros profissionais do hospital, onde a sua relação aparece nula, de realçar que influencia mais os Fisioterapeutas, os Terapeutas Ocupacionais e os Terapeutas da Fala;
- A Coordenação Técnica é apenas influenciada pela direcção clínica e pelos médicos fisiatras, apresentando uma maior influencia junto dos terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, à excepção dos fisioterapeutas que nem influencia nem é influenciado, sendo a relação nula. De destacar que são estes os actores que mais influência exercem junto da administração do hospital;

- Os Médicos Fisiatras são apenas influenciados pela Direcção Clínica do Serviço, exercendo a sua maior influencia junto da coordenação técnica e nos terapeutas, à excepção dos fisioterapeutas. São, abaixo do director clínico o que exercem maior influência na relação de força entre os actores.
- Os Fisioterapeutas são os actores melhor cotados em relação aos que exercem menos influencia do que recebem. Influenciam a Administração do Hospital e os Utentes sendo mais influenciados pela Direcção Clínica e pelo Médico Fisiatra;
- Os Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala apresentam uma distribuição de relação de força igual, apresentando-se como influentes apenas para a administração do hospital e numa relação nula com os utentes;
- Os outros profissionais do hospital não são influenciados por nenhum dos outros actores, exercendo influencia no Governo, Ministério da Saúde, na Administração do Hospital, nos Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala;
- Os utentes têm, em termos globais uma posição nula, ou seja nem influenciam nem são influenciados, no entanto em termos analíticos são influenciados pela direcção clínica, pela coordenação técnica e pelos fisioterapeutas e de salientar que apenas influenciam a Administração do Hospital.

5.2. Posição dos actores face ao desafio

Face ao desafio da Implementação da Governação Clínica (GC) no Internamento Hospitalar com o Utente de AVC definiram-se alguns objectivos com base nos pilares fundamentais da GC. Assim, os objectivos com os quais os actores foram confrontados foram:

- Garantir a qualidade na prestação de cuidados de Saúde (Qualidade)
- Garantir a segurança e a confiança dos utentes (SegUtentes)
- Assegurar a participação dos utentes (ParticipUt)
- Promover a autonomia profissional (AutonProf)
- Melhorar os processos de tomada de decisão (TomadaDec)
- Melhorar a organização do trabalho (OrgTrab)
- Reforçar os meios tecnológicos e guidelines (MeiosTecGu)
- Promover a formação contínua (FormaçãoCo)
- Promover o consenso no ambiente hospitalar (ConsensoAH)
- Implementar um sistema de avaliação do desempenho (SistAD)

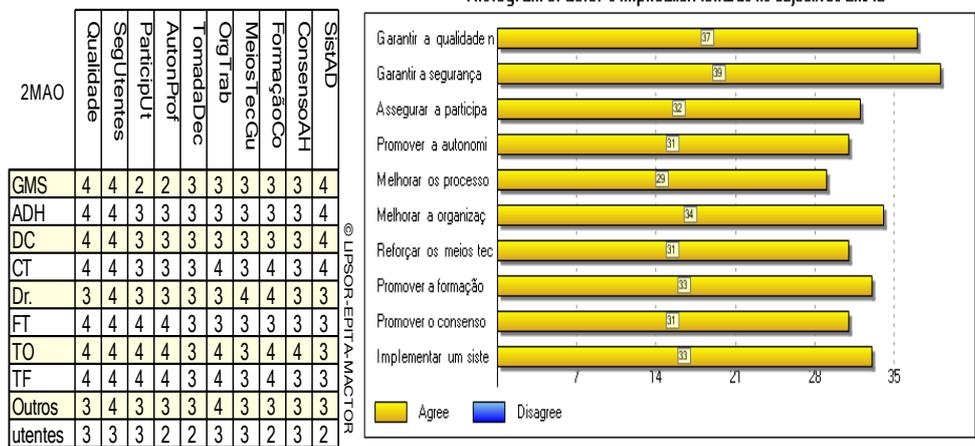
Uma vez que se considerou uma relação positiva do actor a qualquer um destes objectivos, ou seja que todos os actores estavam a favor do objectivo a matriz de posições simples actores x objectivos (MAO) não tem qualquer expressividade pois o seu resultado é sempre 1 (o actor gostaria de alcançar o objectivo). Assumiu-se uma posição favorável ao objectivo porque essa é a questão *sine qua nom* para o sucesso da implementação do desafio.

Para aproximar o modelo da realidade, e uma vez já conhecida a relação de força entre os actores é importante hierarquizar os objectivos, em relação a cada actor e também verificar os jogos de alianças entre os mesmos.

Para ter em conta a hierarquia dos objectivos específicos de cada actor, colou-se o o posicionamento dos actores relativamente aos actores numa escala de 0 a 4 (0-Objectivo nada relevante; 1-Objectivo pouco relevante; 2- Objectivo relevante; 3-Objectivo muito relevante; 4-Objectivo bastante relevante)

Obteve-se assim, através do software MACTOR ® uma segunda matriz valorizada pela posições do tipo MAO, denominada 2MAO, esta matriz corresponde à mediana das respostas dadas pelos inquiridos (Quadro 12)

Quadro 12 Matriz de posições valorizadas (Actor x Objectivo) e respectivo Histograma



Fonte: Inquérito

Da análise do 2MAO verifica-se que nenhum dos actores respondeu que o objectivo seria pouco «relevante» ou «nada relevante», o que denota à partida uma posição positiva face aos objectivos propostos. Por outro lado, os Terapeutas Ocupacionais e os Terapeutas da Fala são os actores que mais identificam os objectivos como «bastante relevantes». Os objectivos que vão de acordo com o global dos actores são o de «garantir a qualidade na prestação de cuidados de Saúde» e de «garantir a segurança e a confiança dos

utentes». Os objectivos a que menos os actores estão envolvidos são, em primeiro lugar «Melhorar os processos de tomada de decisão» e depois com posições iguais «Promover a autonomia profissional», «Reforçar os meios tecnológicos e *guidelines*» e «Promover o consenso no ambiente hospitalar». Esta relação é igualmente verificada pela análise do mapa e gráfico de distâncias entre objectivos (fig. 10 e fig.11).

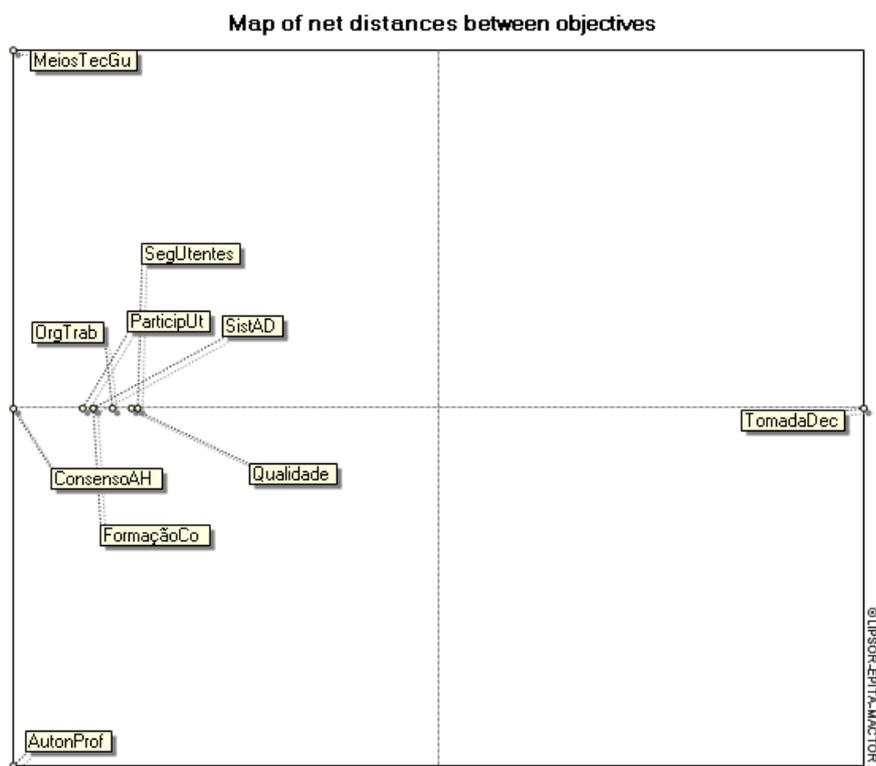


fig. 10. Mapa de distâncias entre objectivos

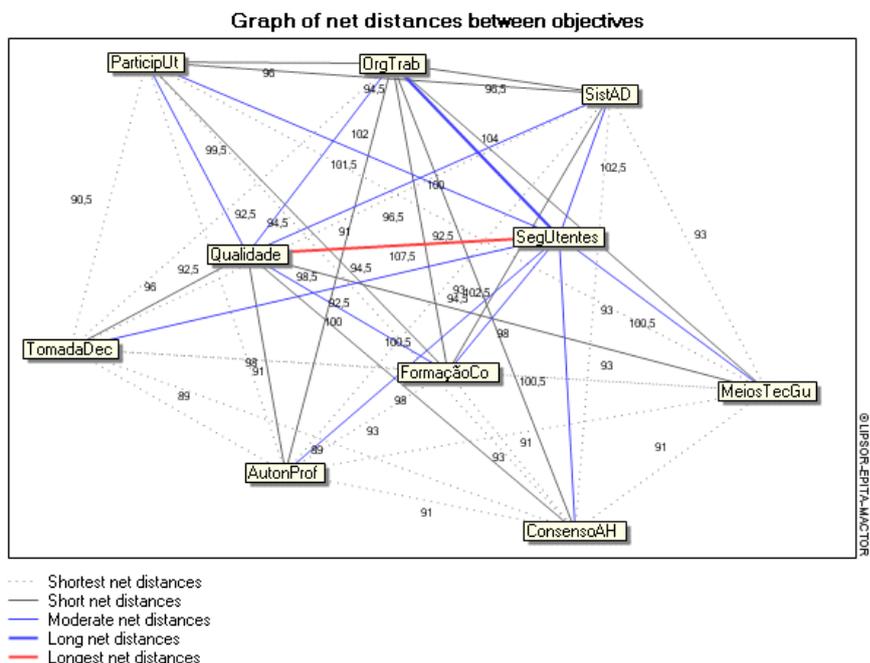


fig. 11. Gráfico de ligação das distâncias entre objectivos

E igualmente importante verificar a relação de posição de cada actor em relação a cada objectivo, representando a mobilização de cada actor em redor dos objectivos, em relação à competitividade. Para obter estes dados passa-se para a matriz das posições valorizadas, ponderadas pelas relações de força (3MAO) (Quadro 13)

Quadro 13. Matriz ponderada de posições valorizadas (3MAO)

3MAO	Qualidade	SegUtentes	ParticipUt	AutonProf	TomadaDec	OrgTrab	MeiosTecGu	FormaçãoCo	ConsensoAH	SistAD	Mobilisation
GMS	2,8	2,8	1,4	1,4	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,8	21,7
ADH	3,6	3,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	3,6	30,1
DC	4,6	4,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	4,6	37,7
CT	4,5	4,5	3,4	3,4	3,4	4,5	3,4	4,5	3,4	4,5	39,4
Dr.	3,3	4,4	3,3	3,3	3,3	3,3	4,4	4,4	3,3	3,3	36,4
FT	4,2	4,2	4,2	4,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	35,3
TO	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,0	36,8
TF	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	3,0	3,0	35,9
Outros	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	32,1
utentes	2,9	2,9	2,9	2,0	2,0	2,9	2,9	2,0	2,9	2,0	25,5
Number of agreements	36,9	39,0	32,3	31,3	29,0	34,1	31,1	33,2	31,0	32,9	
Number of disagreements	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Degree of mobilisation	36,9	39,0	32,3	31,3	29,0	34,1	31,1	33,2	31,0	32,9	

Fonte: Inquérito

Verifica-se que se mantêm os objectivos com mais consenso por parte dos actores, garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde e garantir a segurança e confiança nos utentes. Os actores com maior grau de mobilização perante os objectivos são a Coordenação Técnica e a Direcção Clínica, seguidos em ordem decrescente pelos Terapeutas Ocupacionais, pelos Médicos Fisiatras, pelos Terapeutas da Fala, pelos Fisioterapeutas e com mais fraca mobilização os Outros profissionais, a Administração do Hospital, os Utentes e o Governo, Ministério da Saúde.

Verificada a relação dos actores com os objectivo, e verificadas as relações de força entre os actores, é importante averiguar a relação de convergência entre actores, na tentativa de identifica alianças, a partir de 2MAO, o que traduz uma relação dos actores entre si, mas em prol dos objectivos comuns. Ou seja na medida de encontrar recomendações estratégicas que vão ao encontro de alinhar objectivos entre actores que à partida terão uma maior intensidade de relação.

Para tal, recorreu-se à análise de convergência valorizada (2MAA), descrita no Quadro 14.

Quadro 14. Matriz de Convergências Valorizadas

2CAA	GMS	ADH	DC	CT	Dr.	FT	TO	TF	Outros	utentes
GMS	0,0	32,0	32,0	33,0	32,0	32,5	34,0	33,5	31,5	28,5
ADH	32,0	0,0	33,0	34,0	33,0	33,5	35,0	34,5	32,5	29,5
DC	32,0	33,0	0,0	34,0	33,0	33,5	35,0	34,5	32,5	29,5
CT	33,0	34,0	34,0	0,0	34,0	34,5	36,0	35,5	33,5	30,5
Dr.	32,0	33,0	33,0	34,0	0,0	33,5	35,0	34,5	32,5	29,5
FT	32,5	33,5	33,5	34,5	33,5	0,0	35,5	35,0	33,0	30,0
TO	34,0	35,0	35,0	36,0	35,0	35,5	0,0	36,5	34,5	31,5
TF	33,5	34,5	34,5	35,5	34,5	35,0	36,5	0,0	34,0	31,0
Outros	31,5	32,5	32,5	33,5	32,5	33,0	34,5	34,0	0,0	29,0
utentes	28,5	29,5	29,5	30,5	29,5	30,0	31,5	31,0	29,0	0,0
Number of convergences	289,0	297,0	297,0	305,0	297,0	301,0	313,0	309,0	293,0	269,0
Degree of convergence (%)	100,0									

© UPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Inquérito

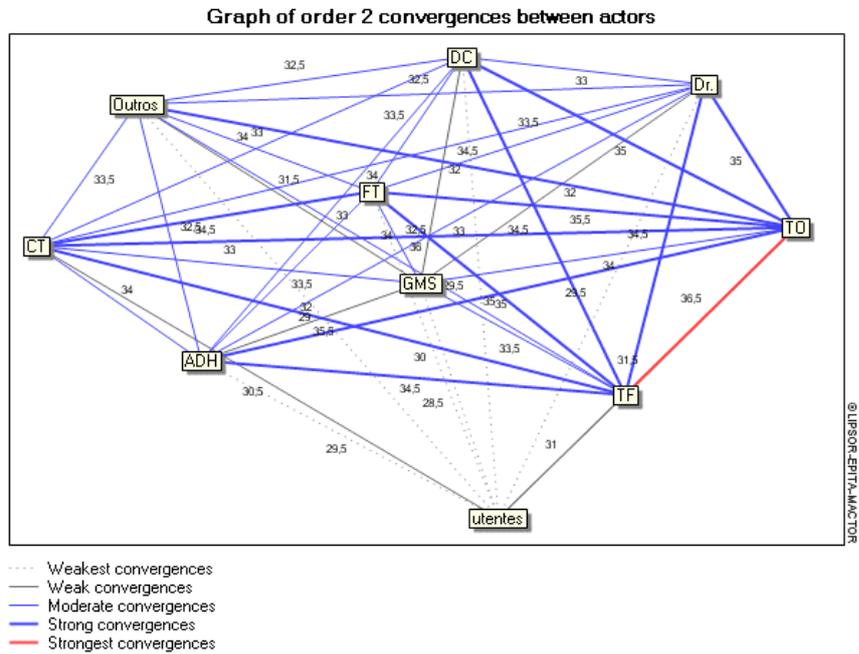


fig. 12. Gráfico de convergência dos actores, em ordem de 2

Fonte: Inquérito

Verifica-se assim que os actores com maiores convergências são os Terapeutas Ocupacionais e os Terapeutas da Fala.

Este dado é confirmado pela análise das redes de ligação entre os actores, representados nas figuras 13 e 14. No mapa de distâncias é notório verificar o grande distanciamento dos utentes e do Governo, Ministério da Saúde, em relação aos outros actores, verificando-se que apenas dos actores Terapeuta Ocupacionais e Terapeutas da Fala podem surgir como potenciais aliados todos os restantes actores, dentro do Serviço de MFR; se encontram muito próximos.

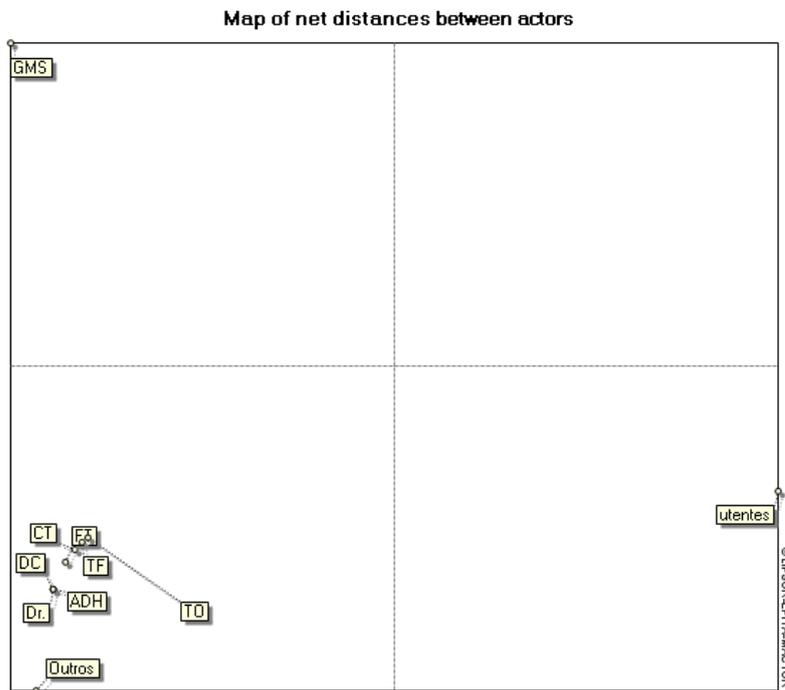


fig. 13. Mapa da rede de distâncias entre actores

Fonte: Inquérito

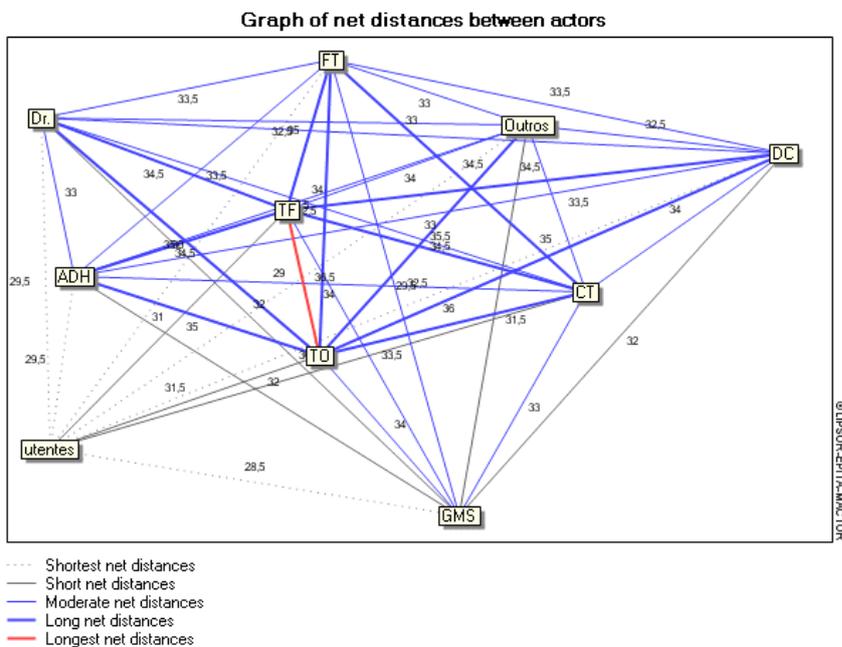


fig. 14. Gráfico de rede de distâncias entre actores

Fonte: Inquérito

Segundo Hensmans (2003) tanto os actores conservadores, que não aceitam bem as mudanças, como os desafiadores, que buscam os desafios, partilham a necessidade de motivar outros actores. Assim, os actores tendem a criar alianças que lhes permite obter o reconhecimento do outro. Na perspectiva de acção colectiva a participação formal dos colaboradores nas decisões hierárquicas permite uma aprendizagem de novos modelos de relação (Coelho, 2005). O problema reside quando essa aliança é criada com actores conservadores, pouco propensos à mudança. No caso dos Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala verificou-se que eles tinham uma relação semelhante em termos de Influência/Dependência, sofrendo uma pressão externa forte. Isto nada no diz se a pressão é positiva ou negativa, ou seja caso estes profissionais sejam reticentes à mudança e inovação é positivo que sejam influenciados uma vez que poderão mais facilmente integrar os objectivos. Pela análise do quadro 3MAO pode-se verificar que eles têm uma mobilização média em relação aos objectivos, o que denota alguma preocupação no seu cumprimento.

Aqui reside o ponto fulcral de análise da mobilização dos actores em torno da acção colectiva. Se por um lado se verificou que as relações de força enaltecem a Direcção Clínica e a Coordenação Técnica, considerados os superiores hierárquicos dentro do Serviço de MFR, mas por outro lado temos o Médico Fisiatra que exerce influencia à Coordenação Técnica, o Fisioterapeuta que não tem relação de força com a Coordenação Técnica, e o Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala que apesar de estarem a sujeitos a dependência dos outros actores, criam uma rede de ligação forte, que os permite quem sabe funcionar de forma mais autónoma.

Perante uma necessidade de acção colectiva é fulcral que os superiores hierárquicos consigam mobilizar todos os em torno de objectivos comuns. A inovação tem carácter multidisciplinar (OPSS, 2008) e como tal a riqueza está na diversidade, mas a diversidade consonante, em que os actores são proactivos, mas conseguem identificar como inseridos num sistema em que comungam outros actores com os seus próprios objectivos. Os interesses individuais têm de ser partilhados no seio de uma dinâmica colectiva (Coelho, 2005).

Existe outro aspecto que é importante destacar, a Coordenação Técnica é o actor que mais influência exerce sobre a Administração e uma vez que todas as decisões internas que impliquem reorganização do Serviço passam por ela, a Coordenação Técnica detêm aqui um papel mediador importante.

Distinguiria, neste ponto a importância da liderança. Os melhores líderes tentam formar os seus colaboradores para que eles próprios se tornem chefes. Por outro lado um líder de “segunda qualidade” procurar suprimir a iniciativa dos seus subordinados por medo de rivalidade que exerça contra si Paraphrasing Godet (1993: 249) “o verdadeiro poder de um chefe não se mede através da dominação que exerce sobre os outros, mas da sua capacidade de desenvolver a autonomia e a responsabilidade dos seus subordinados”. Cruzando com os dados obtidos da Secção C do questionário, verifica-se, numa análise pelo Software estatístico SPSS (Apêndice X), que 43,8% concorda em parte que a comunicação com a chefias é uma barreira à implementação da GC, que a maior percentagem dos inquiridos (37,5%) concorda

totalmente que existe insuficiente apoio da Administração na Inovação e 62, 6% (31,3%/ 31,3%) Concorda totalmente ou em parte que existe insuficiente apoio dos superiores hierárquicos. Cruzando estes dados é importante aferir a necessidade de se focalizar o interesse nos líderes e nas suas competências, uma vez que se verificou que eles poderão ser a força motriz da mudança.

5.3. O campo dos possíveis, o espaço morfológico para a construção do cenário

Nesta fase de análise é necessário decompor o desafio Implementação da Governação Clínica no Internamento Hospitalar com o doente de AVC em várias dimensões e estas em várias hipóteses (ver Cap 4). O propósito é dar aos actores várias possibilidades para compor o cenário pretendido de Implementação da GC.

Pela análise do software MORPHOL® obtiveram-se 3000 cenários possíveis, o quadro seguinte mostra a probabilidade dos quinze primeiros resultados obtidos (Quadro 15). Verifica-se à partida que os primeiros quatro têm probabilidade igual de ocorrência. Para ter algum grau de comparação e na impossibilidade de abordar todos os cenários obtidos, restringiremos aos seis primeiros.

Da análise dos seis cenários iniciais verifica-se que as três primeiras Hipóteses são iguais para ambos (Apêndice IV)

1ª Hipótese – (Dimensão: Aspectos Gerais do Desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar); “O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre os quais o consentimento informado”.

2ª Hipótese – (Dimensão Contexto de Trabalho); “O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade”.

3ª Hipótese – (Dimensão Formação e Actualização de Conhecimentos); O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas”.

4ª Hipótese – (Dimensão: Governação Clínica em Reabilitação Hospitalar)

Quadro 15.
Cenários encontrados

No°	Scenário	P / Mean
1	3 3 2 1 1	5,38
2	3 3 2 1 2	5,38
3	3 3 2 3 1	5,38
4	3 3 2 3 2	5,38
5	3 3 2 2 1	5,18
6	3 3 2 2 2	5,18
7	3 1 2 1 1	5,07
8	3 1 2 1 2	5,07
9	3 1 2 3 1	5,07
10	3 1 2 3 2	5,07
11	3 5 2 1 1	5,07
12	3 5 2 1 2	5,07
13	3 5 2 3 1	5,07
14	3 5 2 3 2	5,07
15	3 3 1 1 1	5,01

Fonte: Inquérito

Para S1 e S2: “O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais”;

Para S3 e S4: “A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos”;

Para S5 e S6: “A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em guidelines actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos”.

5ª Hipótese (Dimensão: Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR)

Para S1, S3 e S5: “O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços”;

Para S2, S4 e S6: “Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governação clínica em todos os níveis da prestação de cuidados ao utente com AVC”.

Esta análise é fundamental quando combinada com uma análise da avaliação temporal. Como vimos anteriormente, segundo a teoria do novo institucionalismo (Tuohy, 1999) a análise da mudança é desenvolvida através da compreensão de que escolhas foram efectuadas e em que período temporal. A partir dos dados obtidos pelo questionário da questão A2 e através da análise estatística da aplicação informática SPSS foi possível verificar alguns pressupostos em relação à pertinência e horizonte temporal de concretização dos objectivos propostos (Apêndice IV).

Assim, para a 1ª Hipótese verifica-se que 50% dos inquiridos considera “muita” importância à concretização do objectivo e posiciona-o num horizonte temporal de concretização imediata (62,5%).

Na 2ª Hipótese são 56,3 % dos inquiridos que consideram de “muita” importância referenciando a concretização para 1 a 5 anos (50%).

Na 3ª Hipótese 50% dos inquiridos considera a sua concretização “muito” pertinente sendo que a sua concretização no espaço temporal é, para 50% dos inquiridos, imediata e para os outros 50% de 1 a 5 anos.

Na 4ª Hipótese, para o 1º e 2º Cenários a concretização do objectivo é de *toda* importância (37,5%), no prazo de 1 a 5 anos (62,5%). Para os 3º e 4º Cenários o objectivo adquire muita importância (62,5%) sendo a sua concretização num período de 1 a 5 anos (50%). Para os Cenários 5 e 6, 50% dos inquiridos refere que a sua concretização é de *toda* a importância admitindo a sua execução de 1 a 5 anos (75%).

Na 5ª Hipótese, para o 1º, 3º e 5º Cenário 56% dos inquiridos considera de muita importância a concretização do objectivo, para daqui a 1 a 5 anos (56,3%). Para o Cenário 2, 4 e 6, a pertinência é muita

para 37,5%, mas igualmente toda, para a mesma percentagem, o horizonte temporal da concretização deste objectivo é igualmente de 1 a 5 anos (50%).

Verifica-se, assim, que os objectivos que deverão estar mais em destaque para concretização, uma vez que têm o reconhecimento dos actores do sistema são os relacionados a segurança efectiva na execução dos procedimentos/ práticas profissionais e com os sistemas de monitoria e avaliação permanente de erros e incidentes adversos (Hipótese 4). Os actores demonstram ainda o interesse acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governação clínica em todos os níveis da prestação de cuidados ao utente com AVC. Curiosamente, apesar dos actores atribuírem a estes objectivos toda a pertinência de concretização, colocam-nos num horizonte temporal de 1 a 5 anos, e não como poderia ser de esperar de concretização imediata.

Para concretização imediata os actores referem a necessidade de *assegurar a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre os quais o consentimento informado*. O que pode fazer sentido como necessidade uma vez que na análise de relação de forças, o utente é ser considerado uma figura passiva, que nem influencia nem é influenciado, em termos globais. Ainda, outro dos objectivos que se encontra numa referência de concretização imediata é a *disponibilização de meios tecnológicos que permitam aos profissionais de saúde a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas*. Esta análise é ambivalente, uma vez que, se por um lado pelo conhecimento da realidade em questão pode-se constatar que as instalações físicas são redutoras em termos de espaço e de material, tendo só à relativamente pouco tempo sido adquiridos computadores, com um sistema informatizado de comunicação e acesso a base de dados internas e externas, por outro a análise do posicionamento dos actores face aos desafios mostra que o objectivo “Reforçar os meios tecnológicos e *guidelines*” é um objectivo que menos têm envolvimento por parte dos actores, o que poderá denotar que a concretização imediata revela um aceitação daquilo que existe. Pela análise das barreiras da implementação da GC neste contexto (Apêndice IV), através do software estatístico SPSS pode-se verificar que 31,3 % dos inquiridos *concorda em parte* que exista fraca envolvimento dos utentes com AVC no contrato terapêutico e 62,5 % *concorda em parte* que existe más condições físicas e ambientais do local de trabalho que impede a aplicação da GC.

Pelo pressuposto, neste encaminhamento de imagens futuras, denota-se, uma focalização no utente e na sua segurança. Existe não só uma preocupação por melhor o servir o utente, assegurando que se tem ao dispor os melhores *guidelines* e linhas orientadoras, mas também que as práticas são seguras e que os riscos e incidentes adversos são controlados. Por um lado pretende-se assegurar a máxima participação do utente conferindo-lhe responsabilidade face á intervenção.

Como em qualquer jogo é preciso conhecer o adversário, a sua posição estratégica, o seu comportamento, imaginar os futuros golpes possíveis e ter em conta os próprios trunfos e desvantagens antes de avançar um

pião. A metáfora parece clara, mas a dificuldade é que em termos organizacionais é preciso acompanhar vários jogos ao mesmo tempo e que estes não são independentes, pois os parceiros podem não ficar isolados, mas sim estabelecer alianças objectivas.

Por outro lado, importa realçar que todas as relações de poder e de convergência são temporais, as imposições sócio-políticas e o ritmo incessante das mudanças no campo da saúde torna-as em permanente mutação. Todos os movimentos de actores que assistimos, apesar da metodologia prospectivos, são temporalmente parciais, uma vez que a necessidade intrínseca de reduzir assimetrias nas relações de poder promove as divergências de autonomia (Hensmans, 2003)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o ponto onde se pretende fazer um balanço, reflectir e tecer algumas considerações para o futuro. À semelhança de todo o trabalho, neste capítulo, a visão futurista mantém-se como alavanca na criação de uma pensamento estratégico para este contexto organizacional.

Importa recordar as questões orientadoras deste trabalho: *Num Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, quais os jogos de actores entre profissionais de saúde que intervêm na sua prática diária com o doente de A.V.C.? Qual a estratégia de implementação de conceitos de Governação Clínica, numa metodologia prospectiva de criação de cenários?*

A análise sócio - organizacional que se ambicionou pretende construir de forma lógica a evolução do sistema em estudo, possibilitando descodificar o sistema relacional entre os actores, definindo pontos-chave para a mudança e definindo prioridades de actuação.

Procurou-se tratar a qualidade não só filosofia de gestão, que dispõe de um conjunto de instrumentos, métodos e práticas, mas como um modelo de comunicação integrado, que estuda e observa os seus actores muito mais que os ouve ou vê.

Compreender os elementos humanos organizacionais, as suas posições, as suas expectativas e vontades para a mudança é um grande passo para o sucesso, para a implementação de medidas estratégicas. Tal como refere Bank (1998) os aspectos organizacionais relacionados com o controlo da conformidade, às novas filosofias de gestão apelam à mudança através do envolvimento das pessoas que se relacionam com a organização.

No primeiro ponto de análise *Dinâmica Social dos Actores, Prospectiva nas relações de poder*, podem-se deixar delineados alguns jogos de poder.

Desde a primeira abordagem de tratamento de dados que se verificou que a Direcção Clínica do Serviço de MFR e a Coordenação Técnica de Departamentos obtinham lugar de destaque na relação de actores. Resultava desta análise o primeiro pressuposto da importância das chefias intermédias, que foi confirmado mais tarde por sucessivas análises metodológicas.

Apesar da discrepância entre chefia e liderança de grupo, assume-se pela sua posição de influência, que neste caso a chefia adopta o papel de líder dentro do grupo profissional que está inserido. MacDonald (1993) alerta para a importância fulcral dos recursos humanos centrando-se essencialmente nas

competências e capacidades comportamentais, sobretudo dos líderes. O papel de interligação entre actores é desta forma assumido pelas chefias intermédias (Bank, 1998).

Verificou-se também que as posições mais elevadas neste jogo, depois das chefias intermédias, seriam conferidas aos Médicos Fisiatras e Fisioterapeutas, o que poderá ser justificado pelo seu reconhecimento social, em termos de grupo profissional. No entanto, apesar de, como referimos, a Coordenação Técnica assumir uma posição elevada de competitividade apresenta com os Fisioterapeutas uma relação nula, que poderá ser interpretada com uma igualdade entre dependência e influência, relação instável ou uma relação coesa, de partilha de tomadas de decisão. O esquema seguinte (fig.15) pretende mostrar as relações de poder existente neste sistema relacional.

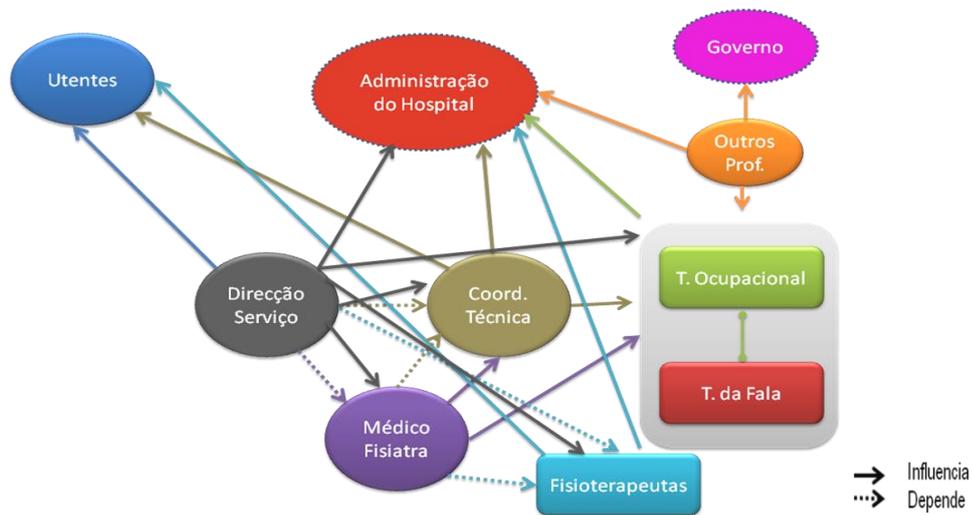


fig 15. Jogo de poderes na unidade em análise – Relação de Influências e Dependências
Fonte: Autor

Contudo, pela análise do Plano de Influências/Dependências verifica-se que toda a matriz organizacional estudada revela uma natureza instável. Apesar das diferenças encontradas dentro dos jogos de relação de actores, todo o sistema é por si só um sistema envolvido por actores de carácter mutável. Os actores formam entre si elos de ligação onde qualquer acção sobre eles terá repercussões sobre os outros e um efeito de retorno sobre si próprio que virá ampliar ou atenuar a impulsão inicial.

Considera-se, assim, a presença de um sistema matricial culturalmente pobre. O terreno onde se encontram as raízes das suas convicções, das suas atitudes e acções é movediço. Os actores movem-nas ao sabor das marés. O que nas palavras de Sakellarides (2009: 115) será um entrave à implementação e ao desenvolvimento da governação clínica nos hospitais, que para tal deverão ter “lugar paralelamente uma promoção de cultura de empreendedorismo e inovação nas organizações hospitalares”. De facto, em qualquer modelo conceptual a mudança é influenciada pelo poder dos actores, sendo fundamental o seu

compromisso. Ora se essa posição tem carácter mutável as expectativas em relação às respostas dos actores são sempre mais ou menos inesperadas.

Traduz-se com isto a necessidade de criar uma cultura organizacional que funde os alicerces necessários para criar grupos de profissionais, englobados numa perspectiva de equipa de melhoria contínua, focalizados para pressupostos de qualidade e nomeadamente da governação clínica.

A cultura da organização faz parte do seu activo e de acordo com a génese do processo de melhoria contínua japonesa, este tem por base o trabalho em equipa (Lopes e Capricho, 2007).

Uma das causas de insucesso dos programas de qualidade deve-se ao esquecimento do poder da cultura, não detectando antecipadamente os factores de maior resistência e respectivas implicações (Leitão, 2005).

A propensão de criar uma organização englobada nos parâmetros de um sistema de qualidade total, governação clínica, pressupõe a criação de condições para o florescer de uma cultura que aposte nos seus clientes internos (Bank, 1998), que estabeleça níveis elevados de comunicação regular que ajude a quebrar barreiras, estimulando o trabalho de equipa e a resolução de problemas.

Saraiva *et al.*(2001), Leitão (2005) são unânimes em afirmar que a promoção de uma cultura de qualidade pressupõe um apoio da gestão de topo, que através da sua forma de liderança promova uma esfera de influência para inspirar e motivar os colaboradores. Neste estudo observou-se que a gestão de topo deste sistema organizacional, Governo - Ministério da Saúde e Administração do Hospital, posiciona-se como um actor que sofre elevadas pressões externas, ora o que significa que essa transposição de energia mobilizadora deverá ser transposta aos colaboradores através das chefias intermédias, principal elo de ligação, como confirmado pelos resultados, a Coordenação Técnica é o actor que mais influencia a Administração do Hospital e a Direcção Clínica do Serviço em geral o que mais influencia todos os actores.

Numa segunda abordagem de análise procurou-se *Posicionar os actores face ao Desafio*, queria-se com isto identificar a afinidade e envolvimento dos actores a determinados objectivos decorrentes de um processo de implementação da Governação Clínica.

Verificam-se assim, que os objectivos que mais envolvem os actores são os objectivos relacionados com a Qualidade de prestação de cuidados e a Segurança e Confiança dos Utentes, dois pressupostos essenciais numa abordagem de Governação Clínica.

Os objectivos que menos envolvem as convicções dos actores são, em primeira posição, os relacionados com os processos de tomada de decisão, e numa mesma posição a promoção da autonomia profissional, o reforço dos meios tecnológicos e *guidelines* e a promoção do consenso no ambiente hospitalar. Este achado é interessante na medida que rompe com ideias de conflitos de poder, relacionados com a autonomia profissional associados com a tomada de decisão, desde sempre ligados ao médico e técnico de saúde.

Numa interpretação sem outras associações os actores em estudo parecem não ter necessidade de promover a sua autonomia.

Perante os objectivos apresentados, voltam a ser a Coordenação Técnica e a Direcção Clínica do Serviço a ganhar lugar de destaque como mobilizadores para o cumprimento dos objectivos. Sucessivamente, aparecem o Terapeuta Ocupacional, Médico Fisiatra, Terapeuta da Fala e como menos mobilizador o Fisioterapeuta.

Os dados evidenciam que os actores, Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala são numa matriz de posições valorizadas, os actores que mais caracterizam os objectivos propostos como “bastante relevantes”. São igualmente, numa perspectiva de relação de convergência os aliados numa perspectiva de dinâmica organizacional. Os actores que terão mais afinidade ou desenvolvimento autónomo.

É preciso posicionar a mobilização na perspectiva da motivação. Uma alimenta-se da outra e isoladamente não contribuem para o desempenho (Devillard, 2001). Não significa que um actor motivado esteja mobilizado para o objectivo. A mobilização de um actor é um resultado de uma decisão individual, ainda que por vezes influenciada, de investir uma determinada quantidade de energia no seu trabalho em função de um desafio que a organização lhe propôs. Estar mobilizado é estar em movimento, resultando do investimento de energia da motivação, essa decisão depende de geradores internos ou externos.

Poder-se-ia agora reflectir sobre a fraca motivação dos Fisioterapeutas, uma vez que se verificou que se encontram em última posição (excepto os actores menos influentes, GMS, ADM, OP, UT) em termos de mobilizadores em relação ao objectivo. Temos pois que ponderar o tipo de energia com potencial mobilizador. Segundo Devillard (2001) distinguem-se duas categorias de energia: uma que é utilizada (a mobilizada) e outra que não (latente). Significa pois que, quem tem pouca energia mobilizada por acção da motivação permanece com energia latente que funciona como um recurso economizado que poderá ser mobilizado, consoante o nível de envolvimento da pessoa ou o grau da necessidade da situação. Importa assim identificar, que em termos de gestão não basta aproveitar os recursos que se encontram mobilizados para os objectivos, que já têm à partida uma predisposição para os cumprir, mas também envolver e motivar os actores menos mobilizados, porque eles possuem uma fonte imensa de energia latente capaz de ser libertada em torno dos objectivos da organização.

Por fim, os actores estudados criam, no *Campo dos possíveis*, o *Espaço Morfológico para a Construção do Cenário*, a perspectiva de que a sua actuação deve centrar-se no Foco no Doente, em termos de qualidade de Cuidados, de Segurança e de Participação Activa em termos de Decisão Terapêutica e Plano de Tratamento.

Chegados este ponto, a matriz metodológica recomendaria a construção de orientações estratégicas de acordo com os cenários encontrados e interligados num espaço temporal, já identificados no capítulo 5. No entanto, pela análise crítica que se foi construindo ao longo desta reflexão, julga-se que o cerne da questão

não está em implementar medidas ou definir objectivos estratégicos para a implementação da Governação Clínica, nesta realidade concreta. A evolução da reflexão tem levado a considerar que a direcção da actuação têm de começar no subsolo. Quer com isto dizer que é necessário fertilizar o terreno para que qualquer plantação vingue. Um terreno sem um substrato rico faz com que cresçam plantas fracas, sem grande capacidade de proliferação e que sobre qualquer intempérie externa se deixam morrer. Fazendo alusão à citação do início do trabalho “uma organização é como um sistema vivo (...), como uma planta é preciso muitas pessoas a cuidar do jardim” (Senge *et al*, 2000:22).

Temos pois que começar a preparar o nosso jardim, antes de criar metas e objectivos é necessário investir nas pessoas, nas suas competências, no seu desempenho, mas sobretudo na sua relação colectiva. Para atingir determinados objectivos organizacionais, sejam eles ao nível do Serviço ou Departamento, sejam eles ao nível Administrativo, é necessário uma acção colectiva que se mobiliza em torno de algo que identifica como necessário e fundamental numa perspectiva individual e colectiva. A análise da mudança é desenvolvida através da compreensão dos actores, privilegiando um sistema comunicacional.

Relembrando o Triângulo Grego de Godet (1993) é necessário encontrar uma qualidade interna que permita um sentimento de pertença e motivação pessoal face a uma dinâmica de mudança organizacional.

A Reabilitação como área de intervenção multidisciplinar, globalizante e humanista deve assentar num trabalho integrado de diferentes profissionais, onde as acções desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia de objectivos comuns (Ministério da Saúde, 2002). Corroborando esta ideia Wade (2000) ao afirmar que o trabalho de equipa é o ponto-chave que determina a eficácia e eficiência da intervenção da Reabilitação, sendo ainda mais invasivo ao afirmar que na reabilitação os resultados dependem mais da equipa em trabalhar eficientemente do que as capacidades individuais de cada profissão (Wade, 2000; Clinical Rehabilitation, 2002).

Poder-se-ia equacionar a elaboração de intervenções específicas para as lideranças, uma vez que se verificou que elas desempenhavam o papel central neste jogo de actores, no sentido de mobilizarem os actores em torno de objectivos, de se adequarem a uma reestruturação na gestão dos recursos humanos, uma vez que as abordagens clássicas de administração de pessoal parecem ser escassas perante recursos humanos tendencialmente com formações superiores, no entanto julgo que a aposta em termos de direcção estratégica tem que ir ao encontro da acção colectiva, da inserção de um clima e cultura organizacional que proporcione o desenvolvimento de qualquer objectivo, da criação de uma matriz de confiança, pertença e coesão entre actores de uma equipa.

Considerando a importância que as “forças no terreno” têm na génese e no desenvolvimento da mudança, é necessário continuar a investir no aperfeiçoamento dos mecanismos que asseguram a sua representação e envolvimento na condução da reorganização, fazendo com que eles se fortaleçam em vez de se debilitarem à medida que a reforma evolui. Na condução da mudança é necessário que o excesso de voluntarismo na resolução dos problemas, na justa medida em que eles vão surgindo, dê lugar a aprendizagem contínua a

partir do que ocorre no terreno, através de um verdadeiro sistema de monitorização, da análise estratégica dos cenários de evolução que o futuro configura, da definição de uma agenda de investigação, desenvolvimento e inovação.

Planear respostas às necessidades em saúde, não pode mais restringir-se a um mero projecto de serviços prestadores de cuidados, com incidência particular na componente de instalações e equipamentos, complementada com uma visão desintegrada das necessidades em recursos humanos (o *hardware*), mas deverá atender ao desenvolvimento de um *software* que garanta a funcionalidade da utilização daqueles recursos e da sua articulação.

Neste sentido, é apontada a necessidade do sistema em estudo ser gerido de forma integrada e pró-activa, acompanhada por uma cultura de melhoria contínua de desempenho em termos de acção colectiva, ao qual se designa de *Desenvolvimento da Eficácia Colectiva*. Dentro do enquadramento do estudo parece fazer todo o sentido alinhar esta ambição na metodologia prospectiva. Com arte e criatividade a prospectiva permite envolver os actores pela antecipação de imagens do futuro e a redução da incerteza (Schwartz, 2000). A discussão da acção colectiva, com quem realmente a constrói, leva a uma apropriação dos desejos da organização e dos seus recursos. Planear o futuro, como os actores assim o desejam, é uma fonte poderosa de motivação e mobilização em torno dos objectivos.

O desafio final que se coloca, em termos estratégicos, é contribuir para a comunicação interligada de actores, da premissa que apenas através de uma eficaz dinâmica colectiva se consegue alcançar uma mudança. Não se trata de pôr todos os actores a pensar e agir da mesma forma, trata-se da convicção de que:

“... a interdependência não constitui uma abdicação da soberania pessoal, mas um meio de a integrar num conjunto e daí retirar grande vantagem”, sendo que “(...) a verdadeira equipa constitui um grau superior de desenvolvimento individual.” (Devillard, 2001: 280)

7. PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL

Desenvolvimento da Eficácia Colectiva



7.1. Fundamentação

Da reflexão crítica efectuada, com base nos resultados obtidos no presente estudo, surgiu uma premissa fundamental que se baseia na necessidade de desenvolvimento da eficácia colectiva. A fraca matriz cultural e pouco propensa à mudança e inovação aliada à convicção que o trabalho de equipa é fundamental na área da Reabilitação fez propor a criação de uma intervenção que permitisse os diferentes actores, do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação que desenvolvem a sua prática com o doente de A.V.C., reflectirem sobre as suas práticas e as perspectivassem no futuro. Esta medida vai ao encontro da ideia que uma acção (mudança) surge através de uma prévia antecipação e apropriação (Triângulo Grego de Michel Godet).

Ainda com base nos resultados foi possível verificar que os cenários obtidos centram-se no Foco do Doente, na Qualidade dos serviços prestados, na sua Segurança e Participação, estes vão ser os motes de reflexão colectiva que se sugere.

Acompanhando o raciocínio do Método de Cenários de Michel Godet, propõem-se nesta etapa desenhar uma intervenção baseada nos Seminários Prospectivos que permitem a formação de grupos de reflexão prospectiva. O conceito é agregar os diferentes actores e numa lógica de acção colectiva, eles próprios reflectirem e desenharem o seu futuro, crê-se que esse é o primeiro passo para a coesão e eficácia no desempenho.

7.2. Introdução

Os “Ateliers” de prospectiva – um esforço colectivo

“Antes de iniciar um exercício mais ou menos pesado de prospectiva estratégica, é aconselhável dispor de tempo para uma reflexão sobre a natureza do problema colocado, sobre o modo como se pensa atacá-lo para procurar as respostas e para as pôr em prática... Aquando do lançamento de uma reflexão prospectiva estratégica, podendo implicar com frequência várias dezenas de pessoas durante vários meses, é útil simular o conjunto da abordagem que se seguirá ...sendo que a escolha dos métodos deverá subordinar-se, não somente à natureza do problema identificado, mas também aos constrangimentos de tempo e aos meios de que dispõe o grupo encarregado da reflexão.” (Michel Godet citado em DPP, 1997:65):

Os Seminários Prospectivos, criados a partir de 1985 por Michel Godet, são um modelo de formação participativo entre os actores, onde se produz uma reflexão sobre as mudanças previsíveis e as suas consequências estratégicas. Mas o grupo não se limita a ser consumidor de formação, é também produtor de reflexão sobre o problema em análise. Na Prospectiva, o termo “atelier” (seminário) é frequentemente utilizado para designar sessões organizadas de reflexão colectiva. Este termo encontra-se, desde há muitos anos, tanto na língua francesa como na inglesa. Dele fazem partes quatro tipo de seminários:

- a antecipação e o controlo da mudança;
- a caça às ideias feitas;
- as arbitragens a curto prazo e a longo prazo;
- a árvore de competências: passado, presente e futuro da organização.

O objectivo dos Seminários de Prospectiva Estratégica é iniciar e simular em grupo o conjunto do processo prospectivo e estratégico. Nestes encontros, os participantes são familiarizados com os instrumentos da Prospectiva Estratégica e são convidados a identificar e hierarquizar em comum os principais desafios do futuro e as principais ideias feitas sobre o assunto, bem como a delinear as pistas para a acção face a esses desafios e ideias.

Deste modo, no final dos seminários, os participantes ficarão em condições de formular melhor o problema, de definir em comum a metodologia prospectiva, nas suas grandes linhas, e de escolher os instrumentos mais apropriados para o efeito.

Assim, ao grupo de reflexão é proposto definir o problema, as prioridades de reflexão face ao desafio, a identificação das possibilidades de acção estratégicas e efectuar as diligências intelectuais que serviram de base para o trabalho colectivo.

7.3 .Aplicação Prática

Estes Seminários destacam-se dos demais projectos de intervenção organizacional uma vez que:

- tanto quanto se conhece, esta é a primeira vez que esta organização, e nomeadamente o Serviço em causa, se envolve numa reflexão prospectiva com os seus colaboradores, de modo a poderem preparar em conjunto um futuro comum;
- esta metodologia põe o acento tónico na apropriação sem descuidar a qualidade da reflexão; as chefias do sistema em estudo são envolvidas sendo, elas próprios, os autores da reflexão.
- trata-se, verdadeiramente, de um exercício de Prospectiva Estratégica, apoiando-se nele para as suas orientações estratégicas e utilizando de forma prática alguns dos seus principais instrumentos (análise morfológica, análise dos jogos de actores, árvore de competências;...) estes instrumentos permitiram organizar e estruturar a reflexão prospectiva ao longo de um número de reuniões relativamente limitado mas eficaz.

A reflexão prospectiva sobre o futuro deste sistema organizacional, é pois, um momento único para ultrapassar as limitações e as contradições do curto prazo, lançando os espíritos, a todos os níveis, numa tomada de consciência indispensável sobre a necessidade de mudança. Como tal, o apoio nas competências internas, para o exercício prospectivo, é indispensável, não só por valorização dos recursos, mas também como forma de motivação.

O Método dos Seminários Prospectivos facilitarão a comunicação, estimularão a imaginação e contribuirão para melhorar a coerência da análise organizacional (Godet, 1993)

7.3.1. Recursos

Para a realização deste projecto são necessários:

- Espaço físico, sala com audiovisuais e material didáctico;
- Material consumível, papel e canetas;
- Consultor externo, com domínio desta temática;
- Profissionais de saúde e profissionais com cargo de chefia, pertencentes ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação; gestor(es) pertencente ao concelho de Administração.

7.3.2. Promoção e Aceitação do Projecto

A implementação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional de Desenvolvimento da Eficácia Colectivo, englobado no quadro dos Seminários Prospectivos, Método de Cenários, é uma estratégia definida pelo

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, em colaboração com o Gabinete de Formação, com as devidas aprovações do Conselho de Administração.

O plano de intervenção será divulgado junto de todos os profissionais do Serviço, incluído Director de Serviço, Médicos, Coordenadores Técnicos e Terapeutas, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala. Serão ainda, incentivados a participar membros do Conselho de Administração do Hospital em análise, com vista a obter uma aproximação e envolvimento entre decisores e colaboradores.

No final de cada Seminário e Reuniões posteriores, cabe ao consultor externo redigir um relatório intermédio das mesmas que será divulgado junto de todos os participantes.

7.4. Metodologia de trabalho

Os pressupostos dos seminários de prospectiva indicam que o grupo pode ter de 10 a 100 (sendo o número ideal entre 25 e 35) pessoas que tenham uma “vivência comum” e desejam reflectir sobre as mudanças possíveis e desejáveis a fim de melhor as controlarem e orientarem, o que desperta no grupo não só uma eficaz rede de comunicação mas também, e sobretudo, um sentimento de compromisso com as mudanças propostas (Godet, 1993). O grupo é dividido em subgrupos de cinco a dez pessoas que se distribuem pelos diferentes seminários, sendo desejável que exista pelo menos dois grupos de caça às ideias feitas, a fim de comparar resultados.

Assim, os subgrupos reúnem em várias sessões de trabalho, com a duração de duas a quatro horas. O tema de reflexão de cada subgrupo é escolhido no âmbito dos temas gerais seguintes: (o seminário das arbitragens a curto prazo e a longo prazo foi retirado por não ser muito utilizado):

- 1) a antecipação e o controlo da mudança;
- 2) a caça às “ideias feitas” sobre a empresa e as suas actividades;
- 3) as árvores de competências: passado, presente e futuro.

O lançamento da reflexão colectiva inicia-se com uma primeira sessão de formação - acção em Prospectiva Estratégica. Este seminário permite aos participantes descobrir e iniciar-se nos principais conceitos e instrumentos da Prospectiva Estratégica. A ambição destas jornadas é operar uma imersão completa dos espíritos no pensamento prospectivo ao serviço da acção estratégica.

No final das duas primeiras sessões de trabalho, os grupos já delinearam e hierarquizaram os principais desafios do futuro, em condições de esclarecer as propriedades, os objectivos, o calendário e o método para organizar a sua reflexão prospectiva. A terceira sessão é também importante visto que, se é útil questionar a envolvente, é também positivo representar a árvore de competências no passado, no presente e, depois, no futuro; naturalmente, “desenhando” as suas raízes em termos de saberes e competências, o seu tronco em

termos de processo produtivo, os seus ramos em termos de mercados e produtos, etc. Descobre-se, deste modo, que muitas vezes faz falta a memória do passado e que o presente é conhecido de forma ligeira: antes de sabermos para onde queremos ir, devemos saber de onde vimos (Godet, 1993).

Numa segunda fase, organizam-se Reuniões de âmbito Estratégico, também com a duração de duas a quatro horas. Trata-se então de traduzir os principais desafios do futuro (resultantes das anteriores sessões sobre a “antecipação e o controlo da mudança” e sobre as “ideias feitas”) em objectivos e sub-objectivos, em meios de acção e acções a empreender. Deste modo, os participantes não ficam desarmados face aos grandes desafios do futuro, pois em algumas horas esboçam as pistas de acção. Além disso, eles ficam em posição de descobrir rapidamente, de entre as acções em curso, aquelas cuja finalidade é imprecisa e os desafios para os quais se impõem novas acções.

A escolha de um método, nesta segunda fase, não se impõe *a priori*, mas é indispensável para a eficácia das reuniões. Sem método, não há linguagem em comum, nem troca de ideias, nem muito menos, coerência e construção das mesmas. No entanto, o método trata-se apenas de uma apoio à pertinência da reflexão. Um método rigoroso, é também um factor precioso para a coesão do grupo e a sua motivação, para o qual contribui a difusão dos resultados intermédios.

Um consultor externo para conduzir estas reuniões é indispensável. O papel do consultor deve ser tão discreto quanto possível. Se ele se apresentar como especialista do sector, arrisca-se fortemente a ser rejeitado pelo grupo. O consultor deve ser o portador do método de trabalho e da abertura de espírito perante as realidades e as ideias novas. Ele não deve esquecer que as melhores ideias não são aquelas que ele produz ou dá ao grupo, mas aquelas que consegue suscitar nesse mesmo grupo.

Estes seminários, qualquer que seja o seu tema, são sempre organizados de acordo com dois princípios:

- permitir uma grande liberdade de expressão a todos os interlocutores (tempo de reflexão individual em silêncio, recolha de todas as ideias por escrito);
- canalizar e aproveitar a produção intelectual dos participantes (principalmente através de uma gestão rigorosa do tempo e sobretudo através do recurso sistemático a técnicas como a classificação das ideias, a hierarquização, etc.)

É no decurso destas reuniões, organizadas no final dos três seminários, que os diferentes grupos partilham as suas reflexões e as comparam. Adquirem, assim, um melhor conhecimento dos problemas a estudar e dos instrumentos a utilizar.

As actividades e os objectivos que são parte integrante deste plano de intervenção sócio - organizacional estão descritos no cronograma (Quadro 16) , no plano de actividades, calendarização (Quadro 17)) e na matriz de enquadramento lógico (Quadro 18).

Quadro 16: Cronograma do Plano de Intervenção

	10/2010_a_01/2011_(meses / ano)															
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
1. Elaboração do Plano de Intervenção	■															
2. Aceitação do Plano de Intervenção		■	■													
3. Contacto com o Consultor Ext., agenda de datas com o Gab. Form.				■												
4. Promoção. e Divulg. aos Participantes					■	■										
5. “Ateliers” de Prospectiva																
Formação em Prospectiva Estrat.							1º dia M/ 4h									
Antecip. e Apropr. da Mudança							1º dia T/ 3h									
“Caçar” as Ideias Feitas																
Identificação da “Árvore de Compet.							2º dia M/ 3h									
6. Reuniões Periódicas de Reflexão								6 h		3 h		3 h		3 h		6 h
7. Elab. e Divulg. do Relatório Final																■

Fonte: Autor

Quadro 17: Plano de Actividades – Calendarização

Plano de Actividades	Calendarização
“Ateliers” de Prospectiva	
Formação em Prospectiva Estratégica	1º dia : 4 horas de manhã (9h -13h) 12h30: Avaliação de conhecimentos
1º Seminário: Antecipação e Apropriação da Mudança	1º dia: 3 horas de tarde: 14h- 17h (4 subgrupos: 2 para o 1º Seminário, 2 para o 2º Seminário).
2º Seminário: “Caçar” as Ideias Feitas	30min pensamento individual; 1h discussão subgrupo; 1h30 discussão grupo
3º Seminário: Identificação da “Árvore de Competências”	2º dia: 3h Manhã (3 subgrupos – competências passado, presente, futuro: 1h discussão em subgrupo, 2 horas discussão grupo para construção da árvore)
Reuniões Periódicas de Reflexão	7 Reuniões de Reflexão, de 3h cada. 2 Reuniões espaçadas de duas em duas semanas no mês seguinte aos seminários; 3 Reuniões de dois em dois meses; 2 Reuniões no último mês espaçadas de duas em duas semanas
Elaboração e Divulgação do Relatório Final	No último seminário será elaborado um relatório com todos os participantes fruto dos resultados obtidos e da reflexão efectuada ao longo dos meses, bem como da compilação dos relatórios intermédios.

Fonte: Autor

Quadro 18: Matriz de Enquadramento Lógico

Objectivo Global: Desenvolver a Eficácia Colectiva dos Actores do SMFR
Objectivo Geral: Melhorar a Intervenção da Reabilitação no Internamento Hospitalar, com o utente de A.V.C., no que concerne à Qualidade, Segurança e Confiança do Utente

Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados esperados	Pressupostos/Recursos
Desenvolver Competências na área da Prospectiva Estratégica e do Pensamento Estratégico	- Respostas obtidas, por avaliação formal, através de teste de escolha múltipla em relação a conceitos e instrumentos da Prospectiva Estratégica	- Realização de 4h horas de formação, realizada pelo consultor externo, onde são apresentados os principais conceitos e instrumentos da prospectiva estratégica. - Apresentação dos três tipos de Seminários a serem realizados, na tarde e dia seguinte	- Teste formal, de escolha múltipla, curto e simples, respondido em cerca de 15m, que possibilita a verificação dos conhecimentos adquiridos pela formação	- Obter a adesão e participação dos envolvidos; - Imbuir os participantes num pensamento estratégico, primeira abordagem para a reflexão colectiva - Os participantes identificam e conhecem os conceitos da Prospectiva Estratégica e dos Seminários de Prospectiva	- Existência de um número significativo de participantes (80%) pertencentes ao grupo de trabalho estabelecido (capital intelectual) que se encontrem motivados e empenhados no processo de dinâmica colectiva e comunicacional (capital relacional). Recursos (iguais para os restantes objectivos): Material pedagógico (sala e material de escrita)
Antecipar e Apropriar a Mudança	- Relatório intermédio do 1º Seminário	- Incentivar a reflexão individual e posteriormente no subgrupo sobre as mudanças, em vários níveis desejadas ou temidas pelos participantes; - Elaboração de uma representação gráfica das questões num sistema de eixos "Importância/grau de controlo pela organização"; - Elaboração da Árvore Pertinência.	- Construção final de uma Árvore de Pertinência do Serviço Medicina Física e de Reabilitação, em relação à intervenção com o utente de A.V.C.	- Os participantes perante o objectivo de foco no Doente e face aos principais desafios; definem Acções e Meios para os atingir. - Os participantes avaliam a discrepância entre o existente e o desejável.	- Pela reflexão de dois subgrupos de 5 a 10 pessoas pretende-se analisar o objectivo estratégico, foco no doente, face aos desafios identificados e discuti-los de forma colectiva, de forma a sensibilizar os participantes e motiva-los à mudança.
Identificar e Avaliar as Ideias Feitas	- Relatório intermédio do 2º Seminário	- Reflexão individual e em subgrupo das "ideias feitas" acerca da intervenção da equipa.	- Listagem das "ideias feitas"	- Identificar e avaliar as "ideias feitas" que circulem na organização sobre a equipa de reabilitação, permitindo a apropriação de acções existentes ou não na equipa	- Pretende-se que os participantes analisem a fundamentação das "ideias feitas" e a analisem as suas consequências para isso é fundamental um espírito aberto e crítico.
Identificar as Competências do SMFR	- Relatório intermédio do 3º Seminário.	- Promover a reflexão em grupo sobre as competências deste sistema organizacional, de forma a determinar a sua posição na cadeia de valor	- Construção final da Árvore de Competências do SMFR, em relação ao passado, presente e futuro	- Permitir que os actores tenham uma visão comum sobre a organização que estão inseridos; - Fortalecer as redes comunicacionais entre os actores.	- Pretende-se que os participantes descodifiquem as competências da organização, os pontos fortes e fracos face ao enquadramento e à implementação da Estratégica que se pretende - a Intervenção da Reabilitação no Internamento Hospitalar, com o utente de A.V.C., no que concerne à Qualidade, Segurança e Confiança do Utente
Incentivar a Reflexão Colectiva	- Relatórios intermédios de cada Reunião - Relatório final produzido colectivamente	- Completar as reflexões decorrentes dos Seminários, aprofundando os resultados daí obtidos; - Partilhar as reflexões e compara-las obtendo uma coesão final	- Elaboração de um relatório de cada reunião que permite identificar as reflexões colectivas	- Promover a reflexão e a comunicação estratégica. - Permitir a abertura e confiança na equipa - Incentivar o espírito de partilha e compromisso perante os objectivos estratégicos.	- Pretende-se que os participantes sejam capazes de partilhar as suas ideias e reflexões. Respeitem-se mutuamente, e em conjunto estabeleçam um consenso na abordagem de intervenção com o Utente de A.V.C

7.5. Plano de Trabalho

Os três “Ateliers” de Prospectiva e as Reuniões Estratégicas

7.5.1. Desenvolver Competências na área da Prospectiva Estratégica e do Pensamento Estratégico

Objectivo: Desenvolver competências na área da prospectiva e do pensamento estratégico

Actividades: Definem-se como actividades para este objectivo:

- Realização de 4h horas de formação, realizada pelo consultor externo, onde são apresentados os principais conceitos e instrumentos da prospectiva estratégica;
- Apresentação dos três tipos de Seminários a serem realizados, na tarde e dia seguinte

Indicadores : Definem como indicadores para o desenvolvimento de competências as respostas obtidas, por avaliação formal, através de teste de escolha múltipla em relação a conceitos e instrumentos da Prospectiva Estratégica.

Meios de Verificação: Como meios de verificação utiliza-se um teste formal, de escolha múltipla, curto e simples, respondido em cerca de 15m, que possibilita a verificação dos conhecimentos adquiridos pela formação

Resultados esperados: Espera-se neste ponto, obter a adesão e participação dos envolvidos; imbuir os participantes num pensamento estratégico, primeira abordagem para a reflexão colectiva e que os participantes identifiquem e conheçam os conceitos da Prospectiva Estratégica e dos Seminários de Prospectiva

Pressupostos: Considera-se essencial a existência de um número significativo de participantes (80%) pertencentes ao grupo de trabalho estabelecido (capital intelectual) que se encontrem motivados e empenhados no processo de dinâmica colectiva e comunicacional (capital relacional).

7.5.2. Antecipação e Apropriação da Mudança

Objectivo: Listar as mudanças tecnológicas, económicas, sociais e organizacionais pressentidas, desejadas ou simplesmente temidas pelos participantes.

Actividades: Tem duas fases - Exploratória e Normativa

Na Fase Exploratória inclui-se a apresentação, por cada participante, das suas ideias, e posterior agregação de pontos de vista por forma a fazer sobressair 5 a 10 questões, das dezenas que possam ter sido apresentadas; seguindo-se a representação gráfica das questões num sistema de eixos “Importância/grau de controlo pela organização”. Desta representação gráfica ressaltam quatro zonas:

- zona das mudanças críticas, que constituem os grandes desafios do futuro – ou seja as mudanças importantes que a organização não está actualmente em condições de controlar;
- zona das mudanças importantes, mas que a organização controla relativamente bem;
- zona das mudanças de importância intermédia que a organização não controla, e que constituem fraquezas sem grande gravidade;
- zona das mudanças de importância intermédia que a organização controla, e que, no extremo podem constituir “pontos fortes” de duvidosa utilidade.

Na Fase Normativa as questões principais a esclarecer são:

- Quais os outros Actores implicados por estas mudanças; quais são as alavancas de acção que a organização pode utilizar; como melhorar o controlo da organização sobre as mudanças importantes;
- Como reduzir a importância das mudanças que não são controladas no presente (reduzir fraquezas e utilizar forças).

A resposta embrionária a estas questões deve permitir:

- Identificação dos objectivos estratégicos face aos principais desafios, que neste caso se definiu como melhorar a intervenção com o utente de A.V.C., no que concerne à qualidade de cuidados, segurança e participação do utente;
- Definição das Acções e dos Meios para atingir esses objectivos (análise da “Árvore de Pertinência”);
- Avaliação do “fosso”, ou seja da diferença entre o existente e o desejável estratégico.

Indicadores: a realização de um relatório intermédio que realiza a súmula do que foi reflectido no 1º Seminário.

Meios de Verificação: Pretende-se construir uma Árvore de Pertinência do Serviço Medicina Física e de Reabilitação, em relação à intervenção com o utente de A.V.C. que sirva de base a toda a reflexão.

Resultados esperados: Espera-se que os participantes perante o objectivo de foco no Doente e face aos principais desafios; definem Acções e Meios para os atingir. Igualmente que sejam capazes de avaliar a discrepância entre o existente e o desejável.

Pressupostos: Como pressupostos fundamentais define-se a necessidade de dois subgrupos de 5 a 10 pessoas pretende-se analisar o objectivo estratégico, foco no doente, face aos desafios identificados e discuti-los de forma colectiva, de forma a sensibilizar os participantes e motiva-los à mudança

7.5.2.1. Árvore de Pertinência

O objectivo é, a maior parte das vezes, no âmbito da abordagem integrada, identificar projectos coerentes, ou seja, opções estratégicas compatíveis simultaneamente com a identidade da empresa e com os cenários mais prováveis da envolvente.

Trata-se de relacionar diferentes níveis hierarquizados de um problema, do geral (nível superior) para o particular (nível inferior). Este método compreende duas etapas: a construção da árvore de pertinência e, seguidamente, a sua notação, pela sua complexidade apenas abordamos a primeira fase.

Construção da árvore de pertinência

Nesta etapa distinguem-se as finalidades (níveis superiores englobando a política, as missões, os objectivos) e os meios (níveis inferiores, agrupando os meios, os subsistemas e sub-conjuntos de acções e as acções elementares). Os diferentes níveis correspondem, portanto, a objectivos cada vez mais detalhados do sistema de decisão ou a meios aplicados (a árvore decompõe-se geralmente em 5 a 7 níveis).

A construção desta árvore aparentemente simples deve respeitar certos imperativos:

- não existe ligação entre nós de um mesmo nível (independência dos elementos de um mesmo nível);
- não existe ligação directa entre nós de dois níveis não sucessivos;
- é necessário equilibrar o preenchimento dos níveis, de cima para baixo, a fim de estabilizar o edifício construído: o que se perde na generalidade deve ganhar-se em variedade e inversamente.

Assim, esta etapa constitui uma excelente ajuda à reflexão, este método permite evitar as redundâncias (não há desequilíbrio da árvore), descobrir novas ideias (iluminar as zonas de sombra: objectivos não ligados a meios e vice-versa), explicitar as opções feitas, melhorar a coerência e, finalmente, estruturar os objectivos e os meios.

7.5.3. “Caça” às Ideias Feitas

Objectivo: Identificar e avaliar as “ideias feitas” que circulassem na organização acerca do que é prioritário realizar. Uma ideia feita, fundamentada ou não, é, geralmente, aceite sem que seja necessário argumentar.

Actividades: Inclui as seguintes etapas:

- Listagem das principais “ideias feitas” em circulação na organização, primeiro individualmente e depois colectivamente;
- Analisar da sua fundamentação e correcção, (nomeadamente face ao que se analisou no “Atelier” anterior);
- Explicação das razões pelas quais cada uma das “ideias feitas” circulam com tanto vigor;
- Análise das consequências dessa “ideias feitas” e reflexão sobre as lições a tirar a respeito do seu significado na organização.

Indicadores : Utilizam-se como indicadores os dados fornecidos pelo relatório intermédio deste seminário.

Meios de Verificação: São verificados os objectivos através da elaboração de uma lista final com as principais “ideias feitas”, a sua fundamentação e consequências.

Resultados esperados: Espera-se com isto, que os participantes sejam capazes de identificar e avaliar as “ideias feitas” que circulem na organização sobre a equipa de reabilitação , permitindo a apropriação de acções existentes ou não na equipa

Pressupostos: São requisitos fundamentais a abertura e comunicação entre os participantes, de forma a discutir práticas, ideias informais, preconceitos e estereótipos

7.5.4. Identificação da “Árvore de Competências” no Passo, Presente e Futuro.

Objectivo: Iniciar uma reflexão sobre a “Arvore de Competências” da Empresa, conceito desenvolvido por M. Giget (1989) e que é um instrumento de análise e avaliação do conjunto das competências da organização, de natureza tecnológica, industrial e comercial, revela a posição na sua cadeia de valor.

Actividades: esta etapa inclui as seguintes etapas de reflexão em comum:

- Construção da “Árvore” do passado (20 anos) e do presente, distinguindo as Raízes (“métiers”, competências, “know-how”); o Tronco (modo operativo e organização); os Ramos (linhas de produtos e serviços, tipos de mercados);
- Identificação dos Pontos Fortes e Fracos face ao Enquadramento, aos Actores e á implementação da estratégia (actual);

- Listagem das mudanças mais significativas no Enquadramento (tecnológico, económico, político e social) que poderiam afectar a “Árvore de Competências” e classificar essas mudanças em pressentidas, desejadas e temidas;
- Identificação das “partes” da “Árvore” que poderão ser mais afectadas por essas mudanças e detalhar as vantagens e as limitações que, nesse contexto de mudança, são possíveis de identificar face aos outros Actores;
- Construção da “Árvore de Competências” desejável para o futuro (“métiers” a conservar a desenvolver ou a abandonar).

Indicadores :Utilizam-se como indicadores os dados fornecidos pelo relatório intermédio deste seminário, 3º Seminário.

Meios de Verificação: São verificados os objectivos através da construção final de uma árvore de competências do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, em relação ao passado, presente e futuro.

Resultados esperados: Espera-se com isto, que se promova a reflexão do grupo sobre as competências do sistema organizacional onde estão inseridos de forma a permitir uma visão comum, fortalecendo redes comunicacionais entre actores.

Pressupostos: Uma equipa de participantes coesa e que apresenta uma linguagem comum capaz de descodificar as competências da organização, os seus pontos fortes e fracos face ao enquadramento e à implementação da estratégia que se pretende, a Intervenção da Reabilitação no Internamento Hospitalar, com o utente de A.V.C., no que concerne à Qualidade, Segurança e Confiança do Utente.

7.5.4.1. Árvore de Competências

As árvores de competências, criadas por Marc Giget durante os anos 80, propõem-se representar a empresa na sua totalidade, não a reduzindo a simples pares de produtos e mercados. Nestas árvores, as raízes (*as competências técnicas e os saberes*) e o tronco (*capacidade de produção*) são tão importantes como os ramos (*linhas de produtos-mercados*).

No quadro da metodologia integrada em nove etapas, o objectivo das árvores de competências é fazer uma radiografia à empresa de modo a que as suas competências distintivas e a sua dinâmica sejam tidas devidamente em conta na elaboração das opções estratégicas.

A elaboração completa de uma árvore de competências é um trabalho considerável que implica a recolha exaustiva dos dados da empresa (dos saberes e competências às linhas de produtos-mercados) e da sua envolvente concorrencial. Esta recolha comparativa é indispensável para o diagnóstico estratégico da árvore: forças e fraquezas, ao nível das raízes, do tronco e dos ramos. Este diagnóstico deve ser também retrospectivo antes de ser prospectivo. Para saber onde se pode ir, é necessário saber de onde vimos.

Não é porque um ramo está doente que se deve serrar o tronco. Neste caso, convém sobretudo canalizar a seiva das competências para novos ramos de actividades que correspondam melhor ao seu “código genético”.

A dinâmica da árvore não é unívoca das raízes para os ramos, ela funciona nos dois sentidos: os ramos alimentam, por seu turno, as raízes através da fotossíntese e do húmus das folhas caídas. As combinações biológicas são imensas mas há também incompatibilidades insuperáveis: um abeto não se pode transformar em carvalho nem uma cerejeira pode dar origem a uma pereira.

O passado é único; a sua análise permite compreender as constantes e a permanência dos saberes da empresa; permite conhecer a capacidade de evolução que ela tem tido e ancorar o projecto da empresa na sua realidade histórica (fig.16).

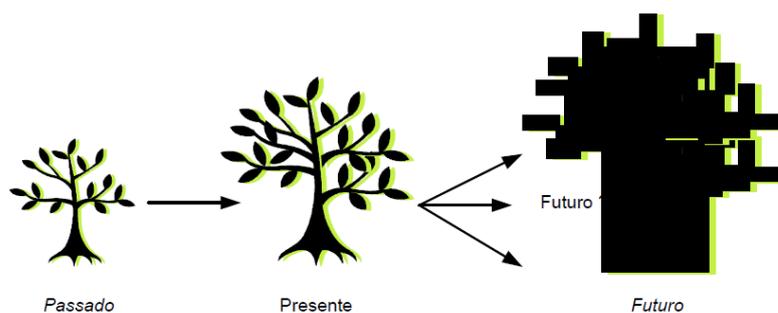


fig 16. Evolução das competências, analogia do sistema das árvores
Fonte: Godet, 2007: 52

O futuro é incerto; a sua análise permite identificar os riscos e as oportunidades que se apresentam para a empresa, de definir os desafios que se lhe colocam de modo a determinar o seu futuro desejado e integrá-lo no projecto organizacional.

7.5.5. Reuniões de Reflexão Estratégica

Objectivo: Incentivar e reflexão colectiva, desencadear um sentimento de pertença perante os objectivos e perante o grupo de trabalho.

Actividades: Pretende-se nesta fase completar as reflexões decorrentes dos Seminários, aprofundando os resultados daí obtidos. Pretende-se o brotar de um clima de partilhar entre reflexões individuais de forma a criar uma coesão final

O método refere que a boa cadência destas reuniões é fundamental. Sugere-se duas reuniões pouco espaçadas, uma de duas em duas semanas, mais três, espaçadas de dois em dois meses, e por fim novamente duas de duas em duas semanas.

Todas as reuniões serão calendarizadas e fixados os seus objectivos com pelo menos duas sessões de avanço, de forma a manter o interesse e participação dos actores. Todas as reuniões têm ordem de trabalhos e delas resulta um relatório.

Indicadores : Utilizam-se como indicadores os dados fornecidos pelos relatórios intermédios de todas as reuniões e os indicadores do relatório final produzido colectivamente.

Meios de Verificação: O nível de envolvimento dos participantes, o resultado das suas reflexões e aceitação de críticas são bons veículos de observação dos objectivos pretendidos.

Resultados esperados:

- Promover a reflexão e a comunicação estratégica.
- Permitir a abertura e confiança na equipa
- Incentivar o espírito de partilha e compromisso perante os objectivos estratégicos.

Pressupostos: Uma equipa de participantes coesa capaz de partilhar as suas ideias e reflexões e de se respeitar mutuamente, e em conjunto estabelecer um consenso na abordagem de intervenção com o Utente de A.V.C

7.6. Conclusão

É hoje claro, que a saúde, em geral, e os cuidados de saúde, em particular, resultam de um processo de prestação de cuidados multidimensional, ou seja, nenhuma actividade profissional pode conter no seu escopo todas as componentes de qualquer problema de saúde, carecendo de se abrir à colaboração de diversas áreas profissionais, num sistema de partilha de responsabilidades, da avaliação à planificação das respostas.

Ora, o actual sistema de formação dos profissionais de saúde – da maioria das profissões, ditas técnicas – é predominantemente de cariz monodisciplinar, sendo pobre o investimento em dinâmicas de cooperação interdisciplinar que permitam um efectivo trabalho em equipa. Um sistema organizacional dinâmico não procura reduzir os poderes de uns e de outros, mas pelo contrário, permite-lhes desenvolver, aprendendo a articula-los melhor entre si.

Os Seminários de Prospectiva constituem o testemunho da realidade e a preocupação de eficiência, sendo um exemplo de verdadeira formação - acção, na medida em que dão aos participantes todas as condições indispensáveis para participarem activamente na reflexão prospectiva.

Por outro lado, o carácter modular destes seminários (alguns meios-dias de trabalho), assim como a facilidade da sua realização prática (algumas folhas de papel e notas *post-it* são os únicos materiais necessários), permitem-lhes adaptar-se a todas as situações.

Enfim, ao longo deste plano de intervenção, cria-se nos participantes o desejo de ir mais longe. Na pior das hipóteses, a reflexão ficará sem consequências práticas, mas a formação terá sido mais eficaz do que se tivesse sido realizada de outra forma.

Num plano de intervenção sócio -organizacional de natureza reflexiva, qualquer que seja a sua qualidade, o relatório final conta menos que o processo que a ele conduz. O exercício de prospectiva potencia uma dinâmica de mudança, ao menos nos espíritos. É menos importante o estudo prospectivo propriamente dito que o processo de reflexão participada que ele desencadeia (Godet, 1993).

Com efeito, é através do lançamento de uma reflexão global ao nível local que se pretende criar as condições para um consenso sobre as ideias e a acção comum, tendo em vista o desenvolvimento da eficácia colectiva e servindo como rampa de lançamento para um processo de reflexão e controlo da mudança.

As melhores organizações do futuro serão aquelas que descobrirem como despertar o empenho e capacidade de aprender das pessoas. (Senge, 1990 in Lopes e Capricho, 2007:251)

8. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alvarenga, A. & Carvalho, P. (2007). *A escola Francesa de Prospectiva Estratégica no Contexto dos Futures Studies – da “Comissão do ano 2000” às Ferramentas de Michel Godet*. Lisboa: DPP - Departamento de Prospectiva e Planeamento
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, APF. (2002). *Patrões e Práticas*. Obtido em 7 de Setembro de 2010, de www.apf.pt
- Atun, R., Menable, N., Saluvere, K., Jesse, M., & Habicht, J. (2006). “Introducing a complex health innovation - Primary Health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)”. *Health Policy*, 1, pp. 79-91.
- Bank, J., (1998). *The Essence of Total Quality management*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Barber, M. (February, 2009). “Questioning scenarios”. *Journal of Futures Studie*, 13(3),139-146.
- Biscaia, J. (Maio , 2007).” Qualidade em Saúde - Perspectiva conceptual”. *Instituto Qualidade em Saúde*. pp. 6-10
- Bishop, P. & Strong, K. (June, 2010). “Why teach the future”. *Journal of Future Studies*, 14 (4), 99-106.
- Bogalho, S. & Caetano, A. (2000). e In Caetano, A. (coord.) *Mudança Organizacional e Gestão dos Recursos Humanos*, pp.85-104. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Bowma, N. (2001). “Governance and autonomy in alternative to hospital care”. *Age and ageing*, 30 (3), 15-18.
- Bouzada, O. (1984). *La Corporación Cibernética*. Granada: Centro de Estudios Municipales y de Cooperación Internacional – CEMCI.
- Buarque, S. (2003). *Metodologia e técnicas de construção de cenários globais e regionais*. Texto para discussão nº. 939. Brasília: Ipea.
- Burke, R. (February, 2009).”From strategic foresight to conversations about alternative and desired futures using scenarios to transform the present”. *Journal of Future Studies*, 13 (3), 99-104.
- Cabral, A.; Colaço, M. & Guerreiro, G. (2001). *Qualidade -Tendências, Qualificações e Formação*. Lisboa: INOFOR
- Caldas, J. & Perestrelo, M. (1996). *Uma metodologia prospectiva de apoio à decisão. O caso da Baixa Pombalina*. Lisboa: Celta

- Caldas, J. & Perestelo, M. (1998). *Instrumentos de Análise para Método de Cenários. I – Análise Estrutural Dinâmica*. Lisboa: Centros de Estudos sobre a mudança socioeconómica.
- Campo, L. (2009). O Conceito e a Necessidade da Governação. In *Governação dos Hospitais*. Cap.1. 1ª edição Alfragide: Casa das Letras, pp: 23-43
- Cannac, Y. & Godet, M. (2001). “La “bonne gouvernance”: l’expérience des entreprises, son utilité pour la sphère publique”. *Futuribles* , pp. 41-50.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospitalar*. Porto: Afrontamento
- Cardoso, M. A. (2005). “Governação Clínica - Um conceito a reter”. *Qualidade em Saúde* , 13, pp. 31-32.
- Cavalgante, M.; Tavares, F. & Bezerra, C.(Janeiro/ Abril, 2008). “Occupational therapy and capitalism: historical and connection to the comprehension of the profession”. *Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 19 (1), 29-33.
- CienciaPT (2009). *Portugal precisa de implementar normas de orientação clínica para a reabilitação do AVC*. Obtido em 25 Agosto de 2010, de www.cienciapt.net.pt
- Canadian Institutes of Health Research (2004). *Knowledge Translation Strategy 2004-2009, Innovation in Action*. Obtido em 20 Setembro de 2010, de www.cihr-irsc.gc.ca
- Clinical Governance Work Book*. (2005). Obtido em 27 de Dezembro de 2008, de www.shb.scot.nhs.uk/healthcare/support/clinicalgovernance/documents/AGuidetoClinicalGovernancecomplete.doc
- Clinical Rehabilitation (January, 2002) “Implementation of clinical governance in rehabilitation medicine”. *Clinical Rehabilitation*, 16, pp. 9-11
- Coelho, J. (2005). *Lógica de Acção dos Actores na Construção da Qualidade organizacional dos Serviços de Saúde – Estudo de caso de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde*. Tese de Mestrado. Universidade de Évora. Évora: Policopiado
- Creswell, J. (2003). *Research design – qualitative, quantitative and mixed approaches*. London: Sage Publications.
- Cristo, C. (2002). *Prospectiva estratégica: instrumento para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas*. Lisboa: Comunicação in VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L’ auteur et le système: les constraints de l’action collective*. Paris: Editions du Seuil.
- Cruz, C. V. & Carvalho, Ò. (1998). *Qualidade uma Filosofia de Gestão*. 3ª edição. Lisboa: Texto Editora.
- Curry, A. (February, 2009). “From foresight to insight: using scenarios well”. *Journal of Futures Studie* , 13(3),119-122
- Decouflé, A. (1980). *La Prospective*, 2ª edição. Paris: PUF

- Degeling, P.; Maxwell, S.; Iedema, R. & Hunter, D. (2004). "Making clinical governance work. Education and debate". *BMJ*, 329, pp. 679-681.
- Delgado, M. (2009). *A Melhoria contínua da Qualidade*. 1ª edição. Lisboa: Casa das Letras. pp. 45-56
- Deming, W. (1986). *Out of crises*. Cambridge: University Press Syndicate
- Deming, W. (1994). *The Deming management method: the complete guide to quality management*. New York: The Berkley Publish Group.
- Department of Health. *The new NHS: modern, dependable*. (1997). London. Obtido em 27 Setembro de 2010 de, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>.
- Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand
- Dewar, S. (2000). "Collaborating for quality: the need to strengthen accountability." *Journal of Interprofessional Care*, pp. 31-38.
- Direcção Geral da Saúde - DGS (2002) *Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. Direcção de Serviços de Planeamento*. Obtido em 28 de Novembro de 2009 de www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf.
- DPP [Departamento de Prospectiva e Planeamento do Ministério do equipamento, do planeamento e da administração do território, Secretaria do Estado do desenvolvimento regional]. (1997). "Prospectiva e Cenários – uma breve introdução metodológica." *Série Prospectiva – Métodos e Aplicações*, 1, pp. 1-88.
- Drucker, P. (1989). *The new realities: in government and politics, in economics and business*. New York: Harper & Row.
- Eeckloo K; Herck G.; Hulle C. & Vleugels A. (2004). "From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian nonprofit hospitals' board and management". *Health Policy*; 68 (1): 1-15.
- Eiriz, V. & Figueiredo, J. (2004) "Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde". *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (4), 20 – 28.
- Farrington-Douglas, J. & Brooks, R. (2007). *The Future Hospital. The progressive case for change*. London: Institute for Public Policy Research.
- Ferreira, J.; Neves, J. & Caetano, A (2001). *A dimensão política das organizações na perspectiva da análise estratégica Psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. São Paulo: Editora da Universidade.
- França, M. (2008). "Gestão da qualidade e inovação em saúde." *Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar*: pp. 302-12.
- Friedberg, E. (1992). "Les quatre dimensions de l'action organisée." *Revue Française de Sociologie*, 33: pp. 531-557.

- Godet, M. (1993). *Manual da Prospectiva Estratégica: da antecipação à acção*. Lisboa: D. Quixote.
- Godet, M. *et al.* (1997). *A “Caixa de Ferramentas” da Prospectiva Estratégica*. Cadernos do CEPES. Policopiado.
- Godet, M. (2000). *A Caixa de Ferramentas da Prospectiva Estratégica*. Lisboa: Cadernos do CEPES.
- Godet, M. (2006). *Creating futures scenarios planning as a strategic management tool*. 2ª Edition. Paris: Economica, Ltd.
- Godet, M. (2008). *Prospectiva Estratégica – Problemas e métodos*. Cadernos do LIPSOR nº 20 Lisboa: LIPSOR
- Godet, M.; Durance, P. & Gersei, A. (2008). *Strategy Foresight la Prospective – use and misuse of scenario building*. Paris: Cahiers do LIPSOR.
- Gonnet, F. (1992). *L’hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris: Éditions Lamarre.
- Guerra, I. (s.d.). *Reflexões sobre os métodos e técnicas de planeamento: acção colectiva e “jogo estratégico de actores”*. IV Congresso Português de Sociologia. Policopiado.
- Hamilton S.; McLaren, S. & Mulhall, A. (July, 2007). “Assessing organizational readiness for change: use of diagnostic analysis prior to the implementation of a multidisciplinary assessment for acute strokecare”. *Implementation Science*, pp. 2-21.
- Hayward, P. (February, 2009). “An integral approach to scenarios.” *Journal of Future Studies*, 13 (3): 115-118.
- Hensmans, M. (2003). “Social Movement Organizations: A Metaphor for Strategic Actors in Institutional Fields.” *Organization Studies* 24(3):355-381
- Hiltunen, E. (February 2009). “Scenarios: process and outcome.” *Journal of Future Studies* 13 (3): 151-152.
- Inayatullah, S. (February, 2009). “Questioning”. *Journal of Future Studies*, 13 (3): 75-80.
- Ishikawa, K. (1995). *What is Total Quality Control*. Copyright by David J. Lu (1993). 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Kato, L. & Blascovi-Assis, S. (2004). “Factores que interferem na dinâmica de equipas de reabilitação que actuam em instituições especializadas.” *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 4 (1): 55-66. Obtido em 28 de Novembro 2009 de www.mackenzie.br/fileadmin/Pos...e.../Vertov_e_a_hipermedia.pdf.
- Koch, H. (1991). “Obstacles to Total Quality in Health Care”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 4 (8): 30-31.
- Leitão, M. (2005). *À procura de uma actuação sustentável rumo à excelência*. Tese de Mestrado. INDEG.
- Lopes, A. & Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. 1ª Edição. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Lopopolo, R.; Scher, D. & Nosse, L. (2004). “Leadership, administration, management and professionalism (LAMP) in physical therapy: a Delphi studie.” *Physical Therapy*, 84 (2): 137-150.

- Loppdo, R. (1997). "The effect of hospital restructuring on the role of physical therapists in acute care." *Physical Therapy*, 77, pp: 918-936.
- Lourenço, R. (2010). "Portugal: centros de saúde, qualidade e governação. .A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar." *Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas. TMQ Número 1*, pp: 33-40
- Macdonald, J. (1994). *A gestão da Qualidade Total com sucesso*, 1ª edição. Lisboa: Editorial
- McSherry, R. & Pearce, P. (2002). *Clinical Governance*. Oxford: Blackwell Science.
- Miller, P.; Goddard, P. & Laschirger, H. (December, 2001). "Evaluating physical Therapists perception of empowerment using kanter's theory of structural power in organizations." *Physical Therapy*. 81(12): 1880-1888.
- Ministérios da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004 -2010 – Qualidade em Saúde* Obtido em 8 Junho 2009 de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html
- Molitor, G. (February, 2009). "Scenarios: Worth the effort?" *Journal of Futures Studies*. 13 (3): 81-92.
- Moore, B. (1996). "A glossary of terms encountered in quality and customer service." *Internacional Journal of Health Care Assurance*. 9(5): 24-36.
- Nazareth, J. (1988) *Unidade e Diversidade da Demografia Portuguesa no Final do Século XX* in Portugal - Os próximos 20 anos, vol. III. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Nunes, S.; Pereira, C.& Gomes da Silva, M. (Junho, 2005). "Evolução Funcional dos Utentes após AVC nas primeiras seis meses após a lesão". *ESSFISIONLINE*. 1(3), obtido em 2 Setembro 2009 em http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol1n3.pdf
- Oakland, J. (1993). *Total Quality Management*, 2ª edição. Great Britain: Licensin Agency Ltd,
- Ojeda, B. & Strey, M. (Jan/Jun, 2008). "Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais". *Revista Ciência e Saúde*, 1(1) 2-8.
- Oliver A, Mossialos E.(2005). "European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward?". *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 30(1-2): 7-28.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004). "Incertezas ... Gestão da mudança na saúde". *Relatório de Primavera 2004*. Lisboa: OPSS. pp: 1-119
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). "Novo serviço público novos desafios". *Relatório de Primavera 2005*. Lisboa: OPSS. pp: 1-121
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). "Um ano de governação em Saúde. Sentidos e Significados". *Relatório de Primavera 2006*. Lisboa: OPSS. pp:1-227
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007). "Luzes e sombras: a governação da saúde". *Relatório de Primavera 2007*. Lisboa: OPSS. pp: 1-226
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). "Sistemas de Saúde Portugueses Riscos e Incertezas". *Relatório de Primavera 2008*. Lisboa: OPSS. pp:1-270

- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). "10/30 anos Razões para Continuar". *Relatório de Primavera 2009*. Lisboa: OPSS. pp: 1-158
- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). "Desafios em tempos de Crise". *Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: OPSS. pp: 1 -159
- Øvretveit, J. (November, 2003). "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?". *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*. pp: 1-25
- Pacheco, C. (s.d.). *O paradoxo em tecnologias da saúde: da racionalidade paramétrica à racionalidade estratégica*. Anexo IV Tecnologia da Saúde: Paradigmas e Paradoxos na Gestão de Pessoas. Mestrado em Gestão dos Recursos Humanos. Lisboa: ISCTE. policopiado
- Perestelo, M. & Caldas, J. (1996). "Estratégias de actores: prospectiva e avaliação". *Sociologia Problemas e Práticas*, 22.pp :81-94.
- Perestelo, M. (1999). *Prospectiva: Planeamento Estratégico e Avaliação*. 1º Congresso em Portugal sobre Planeamento e Avaliação de Impactos Sociais. Grândola: Núcleo de estudantes de Sociologia e Planeamento do ISCTE. Comunicação
- Perestelo, M.; Moura, D. & Amor, M. (Setembro, 2000). "Análise da estratégia de actores na zona oeste e na área metropolitana de Lisboa: interações, conflitos e consensos". *Revista Territórios Alternativos INESLA.*, 2 .pp: 1-15
- Pisco, L. (Maio, 2007). "Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços". IQS. pp:12 - 13
- Porter, M. (1992). *Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e de concorrência*. Rio de Janeiro: Campus.
- Quinn, R. (1996). *Deep Change: Discovering the Leader Within*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Quintino, P. & Saraiva, M. (2010). "Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS". *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar, Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ, 1. pp: 65-92
- Raposo, V. (2007). *Governação hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Revez, S. & Silva, C. (2010). "Visão Simbiótica de Qualidade em Saúde – busca contínua pela melhoria". *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar, Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ, 1. pp: 41-51.
- Rice J. (2003). *Hospital boards: an international journey for world class governance effectiveness*. Minneapolis: The International Health Summit.
- Rodrigues R.(1998). *Organizações, Mudança e capacidade de Gestão*. Cascais: Principia.
- Rodrigues M; Neves A & Godinho M. (2003).*Para uma política de inovação em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote.
- Rogers E & Shoemaker FF.(1971).*Communication of innovations: a cross cultural approach*. New York:Free Press.

- Roland, M. & Baker, R. (1999). *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. Manchester: National Primary Care research and Development Centre .
- Roubelat, F. (February 2009). "Scenarios In action: comments and new directions". *Journal of Future Studies*, 13 (3): 93-98.
- Sakellaridas, et al. (2007). *O futuro do sistema de saúde português "saúde 2015"*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Sakellarides, C.(2009). *Gestão do Conhecimento, Inovação, e Governação Clínica*. In Governação dos Hospitais, Cap.5. 1ªedição Alfragide: Casa das Letras. pp. 107-118.
- Salbach, N. et al. (2007). "Practitioner and organizational barriers to evidence based practice of physical therapists for people with stroke". *Physical Therapy*, 87: 1284-1303.
- Sandstrom, R. (January, 2007). "The meanings of autonomy for Physical Therapy". *Physical Therapy*, 87(1): 98-110.
- Santana, Vaz (2009). *Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos*. In Governação dos Hospitais. Cap.7. 1ªedição Alfragide: Casa das Letras. pp. 127-148
- Santos, A. (2008). *Gestão Estratégica: conceitos, modelos e instrumentos*, 1.ª Edição, Lisboa, Escolar Editora.
- Santos, M. (2009). *Texto de apoio sobre o método dos cenários – compilação*. Évora: Universidade de Évora. policopiado
- Saraiva, M.; Orey, J.; Figueira, J. & Almeida, C. (2001). *Testemunhos da Qualidade em Portugal*, IPQ: Caparica
- Schafen, D.; Lopopolo, R. & Hohmann, K. (March, 2007). "Administration and management skills needed by physical therapist graduates in 2010: a national survey". *Physical Therapy*, 87, 3: 261-281.
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). "Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England". *British Medical Journal*. pp. 61-65.
- Schwartz, P.(2000). *A arte da visão de longo prazo: planejando o futuro em um mundo de incertezas*. São Paulo: Best Seller.
- Senge, P.; Roberts, C.; Ross, R.; Roth, G. & Smith, B. (2000). *A dança das Mudanças*. Brasil: Editora Campus Ltda.
- Setbon, M. (2000). "La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective?" *Sociologie du travail*. 42.pp:51-68. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS
- Silva, J. (1997). *Cerâmica – Um caso paradigmático da "Humanofactura"*. Caldas da Rainha: CENCAL - Centro de Formação Profissional para a Indústria da Cerâmica.
- Silva, P.A. (2004). *Modernização da gestão hospitalar*. Estudo de caso do Hospital de São Sebastião. Tese de Mestrado. Lisboa: ISCTE. Policopiado.
- Silva, A. S.; Vitorino, A. & Alves C. F. et al. (2006). *O Livro Branco sobre a Corporate Governance em Portugal*. Lisboa: Instituto Português da Corporate Governance.

- Silva, C.A.(2003). *ABC do SPSS for Windows – Introdução ao tratamento de dados em ciências sociais*. Monsaraz: ADIM.
- Silva, C.A (2010). *Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ, 1. Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, C.A.; Saraiva, M. & Teixeira, A. (2010). “A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar”. *Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ, 1. Lisboa: Edições Sílabo.
- Som, C. (2004). “Clinical Governance: a fresh look at this definition”. *Clinical Governance Internacional Journal*, 9. pp: 87-90
- Sousa, P. (2010). “Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados”. *Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ, 1, pp:19-40.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação – SPMFR (2009). *X Congresso da SPMFR*. Obtido em 12 de Janeiro de 2010 em www.spmfr.org.
- Stackelberg, P. (May, 2009).” Foot prints of the future: timelines and exploratory forecasts in future research”. *Journal of Future Studies*, 13 (4): 13-34.
- Starey, N. (2003). “What is Clinical Governance?” *HAyward Medical Communications* , 12,pp: 1-7.
- Sun Tzu. (2009). *A Arte da Guerra*. Lisboa: Editora 11x17.
- Tavares, L.; Cabral FS. & Mateus, A. (2002). *Reformar Portugal. 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Teixeira, J. (s.d.). *Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes*. Notas didácticas. pp: 615-620.
- Tobar, F. (s.d.). *Análise de tendências e construção de cenários*. São Paulo: Instituto de Desenvolvimento Económico e Social.
- Tomé, J. B. (1991). *Portugal e a Europa no Mercado Mundial da Qualidade*. Lisboa: APQ.
- Tuohy, H. (1999). “Dynamics of a Changing Health Sphere: The United States, Britain, and Canada”. *Health Affairs*, 18, 3: 114-134.
- Vaz, A.(2009). *Os serviços não clínicos no Apoio à Governação*. In *Governação dos Hospitais*. Cap.10. 1ªedição Alfragide: Casa das Letras. pp. 205-227
- Wade, D. (February, 2000). “Clinical Governance and Rehabilitation Services”. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 14(1):1-4.
- Walling, J. & Fialho, E. (2007). *A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. Vol. 10. Nº 2. São Paulo. Obtido em 28 de Novembro de 2009 em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-37172007000200005&lng=pt&nrm=iso.
- Walt G. (1998).*Implementing health care reform: a framework for discussion*. In:Saltman R, Figueras J, Sakellarides C (Ed.s), *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

- Wikipedia (2010). *Estratégia*. Obtido em 21 Maio de 2011 de www.wikipedia.pt/estrategia
- Winkinson, A. (February, 2009). "Scenarios Practices. In search of theory". *Journal of Future Studies*, 13 (3): 107-114.
- Womack, J. et al. (1990). *The Machine that changed the world*. New York: Rawson Associates.
- World Health Organization –WHO. (2000). *Health systems: improving performs*. Obtido em 20 de Janeiro de 2010 de <http://www.who.int/publications/2000/Healthperforms>.
- World Health Organization –WHO. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Obtido em 20 de Janeiro de 2010 de http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- World Health Organization - WHO (2009). *Health Systems Performance Assessment - Debates, Methods and Empiricism*. Obtido em 20 de Janeiro de 2010 de <http://www.who.int/publications/2003/hspa/en/>.

9. APÊNDICES

Apêndice I: Questionário - versão pré- teste - Recomendações

Apêndice II: Questionário - versão final

Apêndice III: Base de dados

Apêndice IV: Análise dos dados

Apêndice V: Documentação do estudo: pedido de autorização;
homologação da autorização

Apêndice I: Questionário – Versão Pré-teste:
Recomendações e Sugestões.

Questionário Governança Clínica e Reabilitação no Internamento Hospitalar

Quest. nº.: |_|_|_|

Prezada(o) Colega

Este questionário, destinado aos profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do Hospital de Faro, elaborado no âmbito do Mestrado em Intervenção Socio - Organizacional na Saúde, especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde tem como objectivo contribuir para um diagnóstico e análise prospectiva da aplicabilidade da **Governança Clínica (GC)** no contexto profissional, nomeadamente a prática de intervenção no internamento Hospitalar com o doente/utente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Entende-se Governança Clínica (GC) o processo através da qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões de elevada de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes (Roland & Baker, 1999). O conceito de GC engloba a formação contínua dos profissionais de saúde, a avaliação crítica das práticas e a aplicação crítica dos resultados de investigação recente através de protocolos de actuação.

O documento é anónimo e confidencial! As suas respostas são absolutamente determinantes da qualidade da investigação, pelo que solicitamos que a todas responda sincera, completa e objectivamente. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas que elas reflectam a realidade, a experiência e as práticas (em curso e previstas) na sua área de trabalho.

Em caso de dúvida, f.f. de contactar o responsável pela investigação, através do seguinte endereço electrónico: silvanarevez@gmail.com

Muito obrigado pela sua colaboração!

Silvana Revez

Fisioterapeuta

SECÇÃO A

A1.- Assinale com um X, as suas opções relativamente ao seu grau de compreensão dos seguintes conceitos de GC:

Conceitos	Não compreendo e não estou interessado	Não compreendo mas gostava de conhecer	Compreendo em parte	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
A1.1.- Gestão do Risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.2.- Auditoria Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.3.- Foco no doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.4.- Investigação e Desenvolvimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.5.- Eficácia Clínica (Clinical Effectiveness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.6.- Formação Contínua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.7.- Auto-regulação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.8.- Prática Baseada na Evidência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2.- Assinale com um X, as suas opções relativamente aos seguintes aspectos gerais sobre GC no seu serviço de MFR relativamente ao Internamento Hospitalar:

Aspectos gerais	Sim	Não
A2.1.- Considera que o Serviço de MFR onde trabalha tem profissionais com formação em GC?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.1.1.- Se respondeu "Não", considera que essa situação tem condicionado negativamente a aplicabilidade e o desenvolvimento da GC na prestação de serviços?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.2.- Considera que os profissionais de Saúde do seu serviço utilizam os conceitos da GC na actividade/prática diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.2.1.- Em caso negativo, considera que os elementos do serviço estão interessados em utilizar a curto prazo os conceitos da GC ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: Se respondeu "não" em A2.2.1, passe para a Secção B.

A3. Tendo presente a noção de GC, avalie o grau de concordância das seguintes (possíveis) situações:

Assinale com um X a sua opção

(considere a escala: 1= discordo totalmente; 2=discordo em parte; 3=discordo; 4=indiferente; 5=concordo em parte; 6=concordo; 7= concordo totalmente)

Atributos da GC	☹ ①	②	③	☺ ④	⑤	⑥	☺ ⑦
Aspectos gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar							
A3.1.- Os pressupostos das GC são imprescindíveis para a melhoria da qualidade das práticas/prestações de serviços no Internamento Hospitalar, para o utente/doente com AVC	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.2.- A GC promove a participação dos utentes , tendo em conta o seu consentimento informado sobre os procedimentos técnicos e demais práticas em Reabilitação.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.3.- A GC reforça a garantia de segurança aos utentes .	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
GC no contexto do trabalho							
A3.4.- Sinto necessidade de aplicar um modelo de GC na minha prática diária.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.5.- A adopção dum modelo de GC em Reabilitação Hospitalar para o utente/doente de AVC não é uma utopia porque não sobrecarrega o meu trabalho/prática diária	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.6.- O trabalho que realizo num contexto de GC exige capacidades e níveis de conhecimentos de elevada complexidade .	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.7.- A GC proporciona-me oportunidades de autonomia sobre o modo de planear, executar, liderar e avaliar os serviços prestados.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.8.- A GC promove a colaboração de outros colegas e/ou profissionais do Hospital / Serviço.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.9.- Consulto os meus colegas e superiores hierárquicos sobre as minhas decisões	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.10.- Na actualidade, a minha actividade profissional não é suportada por um modelo de GC .	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.11.- Incidentes adversos ou eventuais erros ocorridos ao longo da minha prática diária podem ser reportados sem medo de represálias	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.12.- Todos os profissionais do meu serviço são avaliados tendo em conta um plano de trabalho devidamente protocolado .	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.13.- No meu serviço não existe prática de auditoria da qualidade , em geral, e da clínica em particular	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.14.- Erros e incidentes adversos são monitorizados e avaliados para melhoria do Serviço de MFR.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.15.- O feedback do utente é importante para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços no Internamento Hospitalar.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.16.- Os serviços prestados ao utente de AVC no Internamento Hospitalar devem ser avaliados em relação comparativa a outras entidades prestadoras.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.17.- O Serviço de MFR dispõe de indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.18.- O Serviço de MFR dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos .	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.19.- Existe uma liderança efectiva e eficaz na governança clínica e técnica do meu Serviço.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
GC: Formação e Actualização dos Conhecimentos							
A3.20 - Tenho necessidades de formação para poder aplicar um modelo de GC na minha actividade profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.21.- Efectuo com regularidade a leitura e a revisão de artigos relacionados com a minha actividade profissional.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.22.- Tomo em consideração as linhas orientadoras existentes (guidelines) para a minha actividade profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.23.- Procuro tomar decisões com base na literatura e na revisão de artigos relacionados com a minha actividade profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A3.24.-. O meu serviço/hospital facilita o acesso/pesquisa à literatura actualizada em Reabilitação através de artigos em revistas científicas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

SECÇÃO B

B1.- De uma forma em geral, pensando no conceito de GC, descrito na nota introdutória, e na importância da sua implementação no Internamento Hospitalar para o tratamento do utente/doente com AVC, avalie a probabilização de ocorrência das hipóteses de concretização do desenvolvimento da GC no seu Serviço:

Hipóteses	Probabilidade de concretização nos próximos 5 anos (Indicar a % entre 0% a 100%)
Aspectos Gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar	
B1.1.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR garantem a eficácia e a eficiência da prestação de serviços baseada nos pressupostos da GC	
B1.2.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR utilizam os pressupostos do Prática Baseada na Evidência em todos os processos de tomada de decisão	
B1.3.- O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	
B1.4.- O meu Serviço de MFR possui os recursos humanos necessários à disponibilização de serviços de elevada maturidade em GC que garantem a confiança dos utentes	
Contexto de Trabalho	
B1.6.- A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais	
B1.7.- O meu Serviço de MFR melhora a cooperação efectiva e o trabalho em equipa entre os profissionais do Serviço e outros profissionais do hospital/serviços, através das práticas diárias baseadas em GC	
B1.8.- O meu Serviço de MFR apresenta uma generalização das práticas de autonomia profissional com elevado grau de maturidade	
B1.9.- Todos os profissionais existentes no meu Serviço de MFR realizam com regularidade e rigor a auto-avaliação das suas práticas	
B1.10.- A informação disponibilizada pelos resultados das investigações existentes em Reabilitação e afins são reflectidas diariamente nas actividades/práticas dos profissionais do meu serviço	
B1.11.- Toda a actividade profissional é suportada por um modelo da GC , que enfatiza o uso rigoroso de <i>guidelines</i>	
B1.12.- A coordenação do meu Serviço de MFR promove e/ou desenvolve sistematicamente uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços	
Formação e Actualização dos Conhecimentos	
B1.13.- Os profissionais no meu Serviço de MFR têm os conhecimentos e as competências necessárias para tomarem as decisões baseada nos resultados das investigações e demais literatura científica	
B1.14.- O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permite aos profissionais a actualização permanente das informações sobre <i>guidelines</i> e demais linhas orientadoras das suas práticas	
B1.15.- Todos os profissionais do meu serviço realizam e participam com regularidade nas acções de formação contínua sobre temas afins à GC e/ou temáticas de investigação em Reabilitação	
B1.16.- Todos os novos profissionais contratados para o meu serviço já trazem da sua formação de base adequados conhecimentos sobre os pressupostos da GC	
Governança Clínica em Reabilitação Hospitalar	
B1.17.- O Serviço de MFR apresenta um sistema de governança clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	
B1.18.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar possui <i>guidelines</i> actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos	
B1.19.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos	
B1.20.- O meu Serviço de MFR dispõe de indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados	
Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR	
B1.21.- O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	
B1.22.- Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governança clínica em todos os níveis da prestação de serviços	

B2.- De uma forma em geral, pensando ainda no conceito de GC descrito na nota introdutória, avalie o grau de importância dos objectivos específicos e/ou políticas estratégicas de desenvolvimento das práticas de GC ao seu Serviço/Hospital:

Objectivo	Importância atribuída à <u>pertinência</u> , para o seu Serviço de MFR, nomeadamente para a Intervenção no Internamento Hospitalar da concretização do Objectivo					Timing estimado de concretização (Horizonte temporal)				
	Nenhuma	Pouca	Razoável	Muita	Toda	Nunca	Imediato	Entre 1 a 5 anos	Entre 5 a 10 anos	10 ou mais anos
Aspectos Gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar										
B2.1.- Melhorar a garantia da eficácia e a eficiência da prestação de serviços										
B2.2.- Melhorar os processos de tomada de decisão										
B2.3.- Assegurar a participação do utente em todos os procedimentos técnicos										
B2.4.- Promover práticas que melhorem a confiança dos utentes										
B2.5.- Melhorar a garantia da segurança aos utentes e qualidade dos exames										
Contexto de Trabalho										
B2.6.- Facilitar a organização do trabalho no Internamento Hospitalar sem sobrecarregar a prática diária dos profissionais										
B2.7.- Melhorar a cooperação efectiva e o trabalho em equipa										
B2.8.- Promover a autonomia profissional com elevado grau de maturidade										
B2.9.- Implementar a realização da auto-avaliação das práticas										
B2.10.- Fomentar condições de aplicação dos resultados das investigações nas práticas										
B2.11.- Assegurar o uso rigoroso de <i>guidelines</i>										
B2.12.- Promover uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços										
Formação e Actualização dos Conhecimentos										
B2.13.- Reforçar os conhecimentos e as competências necessárias aos profissionais										
B2.14.- Assegurar a disponibilização dos meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) para actualização permanente das informações sobre <i>guidelines</i>										
B2.15.- Fomentar a participação com regularidade nas acções de formação contínua										
B2.16.- Contratar profissionais que demonstrem formação de base sobre os pressupostos da GC										
Governança Clínica em Reabilitação Hospitalar										
B2.17.- Implementar um sistema de governança clínica no Serviço de MFR										
B2.18.- Implementar um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos										
B2.19.- Desenvolver e implementar um plano intervenção para situações de riscos clínicos										
B2.20.- Criar indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados										
Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR										
B2.21.- Implementar uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade no Serviço de MFR										
B2.22.- Promover o consenso alargado entre o Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da governança clínica em todos os níveis da prestação de serviços										

SECÇÃO C

C1.- De uma forma em geral, pensando no conceito de GC descrito na nota introdutória, e em todos os aspectos que foram referidos acima e os que não foram mencionados, avalie os seguintes aspectos referentes ao seu Serviço/Hospital:

Assinale com um X a sua opção

(considere a escala: 1= discordo totalmente / 1= nada importante; 2=discordo em parte / 2=pouco importante; 3=discordo / 3=moderadamente importante; 4=indiferente; 5=concordo / 5=importante; 6=concordo em parte / 6=muito importante; 7= concordo totalmente / 7= extremamente importante)

	☹			☺			☺
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Factores condicionantes para a aplicação da GC							
C1.1.- Disponibilidade de tempo no local de trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.2.- Disponibilidade de fontes de informação e literatura especializada	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.3.- Conhecimentos sobre os conceitos de GC	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.4.- Apoio dos colegas do serviço	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.5.- Apoio dos outros profissionais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.6.- Apoio dos superiores hierárquicos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.7 Apoio da Administração do Hospital nas inovações na prática diária	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.8.- Motivação profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.9.- Fadiga devido ao elevado número de horas de trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.10.- Condições físicas, ambientais do local de trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.11.- Forma de organização do trabalho em equipa	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.12.- Comunicação com as chefias	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.13.- Comunicação entre os elementos da equipa de Reabilitação	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.14.- Afluência de utentes no Internamento Hospitalar	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.15.- Envolvência do doente/utente com AVC no contrato terapêutico	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.16.- Tarefas administrativas e/ou burocracia dos procedimentos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.17.- Acesso à formação contínua	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.18.- Existência de legislação e regulamentação sobre as práticas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.19.- Informação especializada disponível	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.20.- Limitação na Autonomia Profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.21.- Critérios de avaliação de desempenho bem definidos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.22.- Divulgação dos resultados de desempenho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.23.- Défice de auditorias clínicas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Efeitos directos e/ou indirectos da GC na Reabilitação Hospitalar							
C1.24.- Garantia da Qualidade dos serviços prestados	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.25.- Promoção da Satisfação no trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.26.- Valorização da Imagem profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
C1.27.- Reforço do Desenvolvimento profissional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

SECÇÃO D

CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

D1.- Sexo

- 1. Masculino
- 2. Feminino

D2.- Idade |_|_| anos

D3.- Actividade Profissional

- 1. Médico (a) Fisiatra
- 2. Fisioterapeuta
- 3. Terapeuta Ocupacional
- 4. Terapeuta da Fala

D4.- Escolaridade

- 1. Ensino Superior (Bacharel)
- 2. Ensino Superior (Licenciatura)
- 3. Pós-Graduações (sem títulos)
- 4. Pós-Graduações (Mestrado, Doutoramento)

D5.- Serviço do Internamento Hospitalar onde desempenha predominantemente as suas actividades

- 1. U.A.V.C.
- 2. Medicina Interna
- 3. Neurologia
- 4. U.C.C

D6.- Antiguidade na Profissão |_|_| anos

D7.- Tempo de Trabalho no Hospital |_|_| anos

D8.- Tempo de Trabalho na actual Área de Actuação
|_|_| anos

Obrigada pela Sua Participação

COMENTÁRIOS / SUGESTÕES

A partir desta primeira versão até à versão final, a ser distribuída pelos inquiridos, foram recolhidas várias sugestões e recomendações dos diferentes peritos, metodológicos, temáticos e do contexto social onde iria ser aplicado. Resume-se em tópicos algumas dessas ideias mais relevantes, que levarão à versão final.

- O questionário era demasiado extenso e complexo;
 - A descrição das questões demasiado longas e dispersas;
 - A opção por uma escala de cinco pontos ao invés de sete pontos, com apresentação mais visível;
 - A questão B3.1 não era de todo perceptível;
 - A questão B 3.2. é de difícil interpretação;
 - A substituição do termo "Governança Clínica" por "Governação Clínica".
- De acordo com critério da organização para autorização da passagem dos questionários, foi acrescentado consentimento informado.

Apêndice II: Questionário – Versão Final

Questionário
Governança Clínica e Reabilitação no Internamento Hospitalar

Quest. nº.: |_|_|

Prezada(o) Colega

Este questionário destina-se aos profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do Hospital de Faro, que intervêm na sua prática clínica diária junto do utente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Elaborado no âmbito do Mestrado em Intervenção Socio - Organizacional na Saúde, especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, tem como objectivo central contribuir para um diagnóstico e análise prospectiva da aplicabilidade da **Governança Clínica (GC)** no contexto profissional, nomeadamente na prática de **Internamento Hospitalar com o doente/utente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Entende-se por **Governança Clínica (GC)** o processo através da qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões de elevada de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo pressuposto de reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, pelo que implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes (Roland & Baker, 1999).

O conceito de GC engloba a formação contínua dos profissionais de saúde, a avaliação crítica das práticas, a aplicação crítica dos resultados de investigação recente através de protocolos de actuação, o foco no doente e na sua segurança.

A sua participação é anónima e confidencial! As suas respostas são absolutamente determinantes da qualidade da investigação, pelo que solicitamos que a todas responda sincera, completa e objectivamente. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas que elas reflectam a realidade, a experiência e as práticas (em curso e previstas) na sua área de trabalho.

Em caso de dúvida, f.f. de contactar o responsável pela investigação, através do seguinte endereço electrónico: silvanarevez@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração!
Silvana Revez

Recorte pelo picotado (entregue á investigadora separado do seu questionário)

CI nº: _____

Declaro que aceito participar na investigação *Governança Clínica e Reabilitação no Internamento Hospitalar*, levada a cabo pela Mestranda Silvana Revez, no âmbito da obtenção do grau de Mestre pela Universidade de Évora.

Tendo em conta que:

- A minha participação é voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento;
- A não participação nesta investigação não acarreta para mim quaisquer represálias ou efeitos negativos directos ou indirectos;
- Todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, respeitando o método científico.

Assinatura ou Rubrica do participante

Data

SECÇÃO A

A1.- De uma forma geral, pensando no conceito de GC, descrito na nota introdutória, e na importância da sua implementação no Internamento Hospitalar para o tratamento do utente/doente com AVC, estime a probabilidade de ocorrência das hipóteses de concretização, nos próximos 5 anos, do desenvolvimento da GC no seu Serviço e em relação à Intervenção do utente com AVC:

Hipóteses	Probabilidade de concretização nos próximos 5 anos <small>(Indicar a % entre 0% a 100%)</small>
Aspectos Gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar	
A1.1.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR garantem a eficácia e a eficiência da prestação de serviços baseada nos pressupostos da GC	
A1.2.- Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR utilizam os pressupostos da Prática Baseada na Evidência em todos os processos de tomada de decisão	
A1.3.- O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	
A1.4.- O meu Serviço de MFR possui os recursos humanos necessários à disponibilização de serviços de elevada maturidade em GC que garantem a confiança dos utentes	
Contexto de Trabalho	
A1.6.- A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais	
A1.7.- O meu Serviço de MFR melhora a cooperação efectiva e o trabalho em equipa entre os profissionais do Serviço e outros profissionais do hospital/serviços, através das práticas diárias baseadas em GC	
A1.8.- O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	
A1.9.- Todos os profissionais existentes no meu Serviço de MFR realizam com regularidade e rigor a auto-avaliação das suas práticas	
A1.10.- A informação disponibilizada pelos resultados das investigações existentes em Reabilitação e afins são reflectidas diariamente nas actividades/práticas dos profissionais do meu serviço	
A1.11.- Toda a actividade profissional é suportada por um modelo da GC , que enfatiza o uso rigoroso de <i>guidelines</i>	
A1.12.- A coordenação do meu Serviço de MFR promove e/ou desenvolve sistematicamente uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços	
Formação e Actualização dos Conhecimentos	
A1.13.- Os profissionais no meu Serviço de MFR têm os conhecimentos e as competências necessárias para tomarem as decisões baseada nos resultados das investigações e demais literatura científica	
A1.14.- O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre <i>guidelines</i> e demais linhas orientadoras das suas práticas	
A1.15.- Todos os profissionais do meu serviço realizam e/ou participam com regularidade nas acções de formação contínua sobre temas afins à GC e/ou temáticas de investigação em Reabilitação	
A1.16.- Todos os novos profissionais contratados para o meu serviço já trazem da sua formação de base adequados conhecimentos sobre os pressupostos da GC	
Governança Clínica em Reabilitação Hospitalar	
A1.17.- O Serviço de MFR apresenta um sistema de governança clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	
A1.18.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em <i>guidelines</i> actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos	
A1.19.- A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos	
A1.20.- O meu Serviço de MFR dispõe de indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados	
Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR	
A1.21.- O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	
A1.22.- Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governança clínica em todos os níveis da prestação de cuidados ao utente com AVC	

A2.- De uma forma geral, pensando ainda no conceito de GC descrito na nota introdutória, avale o grau de importância dos objectivos específicos e/ou políticas estratégicas de desenvolvimento das práticas de GC na Reabilitação do doente/utente com AVC no Internamento Hospitalar e o timing estimado para a sua concretização.

Objectivo	Importância atribuída à pertinência, para a da concretização do Objectivo					Timing estimado de concretização (Horizonte temporal)				
	Nenhuma	Pouca	Razoável	Muita	Toda	Nunca	Imediato	1 a 5 anos	5 a 10 anos	10 ou mais anos
Aspectos Gerais do desenvolvimento da GC no Internamento Hospitalar										
A2.1.- Melhorar a garantia da eficácia e a eficiência da prestação de serviços										
A2.2.- Melhorar os processos de tomada de decisão										
A2.3.- Assegurar a participação do utente em todos os procedimentos terapêuticos										
A2.4.- Promover práticas que melhorem a confiança dos utentes										
A2.5.- Melhorar a garantia da segurança aos utentes										
Contexto de Trabalho										
A2.6.- Facilitar a organização do trabalho no Internamento Hospitalar sem sobrecarregar a prática diária dos profissionais										
A2.7.- Melhorar a cooperação efectiva e o trabalho em equipa										
A2.8.- Promover a autonomia profissional com elevado grau de maturidade										
A2.9.- Implementar a realização da auto-avaliação das práticas										
A2.10.- Fomentar condições de aplicação dos resultados das investigações nas práticas										
A2.11.- Assegurar o uso rigoroso de <i>guidelines</i>										
A2.12.- Promover uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços										
Formação e Actualização dos Conhecimentos										
A2.13.- Reforçar os conhecimentos e as competências necessárias aos profissionais										
A2.14.- Assegurar a disponibilização dos meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) para actualização permanente das informações sobre <i>guidelines</i>										
A2.15.- Fomentar a participação com regularidade nas acções de formação contínua										
A2.16.- Contratar profissionais que demonstrem formação de base sobre os pressupostos da GC										
Governação Clínica em Reabilitação Hospitalar										
A2.17.- Implementar um sistema de governação clínica no Serviço de MFR										
A2.18.- Implementar um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos										
A2.19.- Desenvolver e implementar um plano intervenção para situações de riscos clínicos										
A2.20.- Criar indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados										
Estratégias e Políticas de Gestão da Qualidade no Serviço de MFR										
A2.21.- Implementar uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade no Serviço de MFR										
A2.22.- Promover o consenso alargado entre o Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da governação clínica em todos os níveis da prestação de serviços										

SECÇÃO B

B1.- De uma forma geral, pensando no conceito de GC descrito na nota introdutória, avalie os seguintes factores que na sua opinião condicionam negativamente a aplicação da GC no Serviço e em particular à Reabilitação do utente com AVC e quais os efeitos directos e/ou indirectos que a GC poderá ter na sua prática.

Assinale com um X a sua opção

Considere a escala

①	②	③	④	⑤
Discordo totalmente	Discordo em parte	Indiferente	Concordo em parte	Concordo totalmente

	☹ ①	②	☺ ③	④	😊 ⑤
Barreiras para a aplicação da GC					
B1.1.- Pouca disponibilidade de tempo no local de trabalho	①	②	③	④	⑤
B1.2.- Fraca disponibilidade de fontes de informação e literatura especializada	①	②	③	④	⑤
B1.3.- Défice de conhecimentos sobre os conceitos de GC	①	②	③	④	⑤
B1.4.- Insuficiente apoio dos colegas do serviço	①	②	③	④	⑤
B1.5.- Insuficiente apoio dos outros profissionais	①	②	③	④	⑤
B1.6.- Insuficiente apoio dos superiores hierárquicos	①	②	③	④	⑤
B1.7 Insuficiente apoio da Administração do Hospital nas inovações na prática diária	①	②	③	④	⑤
B1.8.- Motivação profissional	①	②	③	④	⑤
B1.9.- Fadiga devido ao elevado número de horas de trabalho	①	②	③	④	⑤
B1.10.- Más condições físicas, ambientais do local de trabalho	①	②	③	④	⑤
B1.11.- Forma de organização do trabalho em equipa	①	②	③	④	⑤
B1.12.- Comunicação com as chefias	①	②	③	④	⑤
B1.13.- Défice de comunicação entre os elementos da equipa de Reabilitação	①	②	③	④	⑤
B1.14.- Forte afluência de utentes no Internamento Hospitalar	①	②	③	④	⑤
B1.15.- Fraca envolvência do utente com AVC no contrato terapêutico	①	②	③	④	⑤
B1.16.- Muitas tarefas administrativas e/ou burocracia dos procedimentos	①	②	③	④	⑤
B1.17.- Escasso acesso à formação contínua	①	②	③	④	⑤
B1.18.- Inexistência de legislação e regulamentação sobre as práticas	①	②	③	④	⑤
B1.19.- Pouca informação especializada disponível	①	②	③	④	⑤
B1.20.- Limitação na Autonomia Profissional	①	②	③	④	⑤
B1.21.- Critérios de avaliação de desempenho mal definidos	①	②	③	④	⑤
B1.22.- Pouca clarificação e divulgação dos resultados de desempenho	①	②	③	④	⑤
B1.23.- Défice de auditorias clínicas	①	②	③	④	⑤
Efeitos directos e/ou indirectos da GC na Reabilitação Hospitalar					
B1.24.- Garantia de Qualidade dos serviços prestados	①	②	③	④	⑤
B 1.25.- Promoção da Satisfação no trabalho	①	②	③	④	⑤
B1.26.- Valorização da Imagem profissional	①	②	③	④	⑤
B1.27.- Reforço do Desenvolvimento profissional	①	②	③	④	⑤

SECÇÃO C

CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

C1.- Sexo			C5.- Serviço do Internamento Hospitalar onde desempenha predominantemente as suas actividades	
3. Masculino	<input type="radio"/>		5. U.A.V.C.	<input type="radio"/>
4. Feminino	<input type="radio"/>		6. Medicina Interna	<input type="radio"/>
C2.- Idade	_ _		7. Neurologia	<input type="radio"/>
anos			8. U.C.C	<input type="radio"/>
C3.- Actividade Profissional Actual			9. Outro _____	<input type="radio"/>
5. Médico (a) Fisiatra	<input type="radio"/>	Obrigada pela Sua Participação	10. Não se aplica	<input type="radio"/>
6. Fisioterapeuta	<input type="radio"/>		C6.- Antiguidade na Profissão	_ _ anos
7. Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/>		C7.- Tempo de Trabalho no Hospital	_ _ anos
8. Terapeuta da Fala	<input type="radio"/>		C8.- Tempo de Trabalho na actual Área de Actuação	_ _ anos
C4.- Escolaridade			C9.- Cargo de Coordenação/ Chefia	
5. Ensino Superior (Bacharel)	<input type="radio"/>		1. Sim	<input type="radio"/>
6. Ensino Superior (Licenciatura)	<input type="radio"/>		2. Não	<input type="radio"/>
7. Pós-Graduações (sem títulos)	<input type="radio"/>			
8. Pós-Graduações (Mestrado, Doutoramento)	<input type="radio"/>			

Apêndice III: Base de dados

Base de dados Secção A1: Cenarização

Base de dados Secção A3.1: Matriz de Influências/Dependências

Base de dados Secção A 3.2: Actores x Objectivos

Base de Dados Cenarização – Secção A.1

Hipóteses															mediana	REG3 sim %		
75	70	50	60	50	80	75	75	50	50	90	60	100	50	60	75	65	25	25
50	70	48	60	75	65	100	100	50	50	95	50	100	20	80	75	67,5	25,96	26
75	80	52	50	75	55	100	100	20	40	90	70	50	10	85	75	72,5	27,88	28
25	60	70	30	50	10	50	75	80	40	100	30	100	50	90	75	55	21,15	21
																260	100	100
75	60	65	70	50	70	50	50	20	50	95	70	25	80	50	90	62,5	14,53	15
50	50	65	50	50	65	75	75	30	50	80	70	40	80	75	90	65	15,11	15
90	50	40	70	50	90	75	75	60	80	90	50	100	10	90	90	75	17,44	17
90	30	30	70	50	100	50	50	10	80	85	50	50	30	80	90	50	11,65	12
25	50	80	70	50	65	100	90	20	30	95	70	60	10	70	90	67,5	15,7	16
25	40	60	50	25	55	75	90	50	10	90	60	20	20	80	75	52,5	12,2	12
75	40	50	60	25	55	75	75	5	20	85	80	20	5	60	90	57,5	13,37	13
																430	100	100
50	40	90	80	50	95	100	100	50	40	100	70	75	50	70	90	72,5	26,85	27
75	50	90	60	100	55	100	100	5	80	95	40	60	50	100	80	77,5	28,7	29
20	70	80	60	100	65	100	100	50	40	85	60	50	20	85	80	67,5	25	25
0	70	40	60	75	45	75	75	10	10	80	30	20	20	60	75	52,5	19,45	19
																270	100	100
50	40	60	50	75	85	75	75	5	50	70	50	20	50	70	90	55	25,58	26
20	50	50	50	75	60	75	90	5	40	80	60	5	20	80	75	55	25,58	25
0	50	50	70	50	80	75	75	5	30	90	60	10	10	85	75	55	25,58	26
50	40	40	60	50	75	100	100	1	20	90	30	5	5	100	75	50	23,26	23
																215	100	100
20	30	30	60	50	60	75	75	1	20	85	50	0	5	100	80	50	50	50
10	30	50	50	75	70	75	60	2	50	80	30	0	20	100	80	50	50	50
																100	100	100

		2	3	2	3	1	1	1	3	3	
		3	3	3	2	2	2	2	0	0	
		2	2	3	3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	1	1	1	1	0	0	
		1	2	2	2	2	2	2	1	0	
		2	2	3	3	3	3	3	2	3	
		2	3	3	3	3	3	3	2	3	
		3	3	1	1	1	1	1	1	1	
		2	2	2	2	2	2	1	1	2	
		3	3	3	3	3	3	3	2	3	
		1	0	3	3	3	2	1	3	3	
		2	2	3	2	2	2	2	2	2	
		2	2	2	3	3	3	3	2	3	
		2	3	2	2	2	2	1	3	2	
		3	3	3	3	3	3	2	3	3	
MEDIA NA		2	2,5	3	3	2,5	2	2	2	2,5	
		2	3	3	3	3	2	2	2	3	
0	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	
1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	
1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	1	
2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	
2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	
3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
1	3	3	2	2	1	1	1	1	0	1	
3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	
2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	2	3	1	0	1	1	1	0	0	0	
3	3	3	3	2	1	2	2	2	3	2	
3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	
MEDIA NA	2	3	3	2	2	1	1,5	1,5	1	1,5	1
	2	3	3	2	2	1	2	2	1	2	1
Dr		2	3		3	3	3	3	0	0	
		2	2		3	3	3	2	3	2	
		3	3		2	2	2	2	1	1	
		2	2		3	3	3	3	3	3	
		2	2		1	1	1	1	0	0	
		1	2		3	3	3	2	3	2	
		1	2		3	3	3	3	3	3	
		1	2		3	3	3	3	3	3	
		2	1		1	1	1	1	1	1	
		1	1		2	2	2	1	2	2	
		2	3		3	3	3	3	3	3	
		1	3		2	2	2	2	2	2	
		3	3		2	2	2	2	2	2	
		1	2		2	2	2	2	1	2	
		3	3		3	3	2	2	3	2	
		3	3		3	3	3	2	2	3	

MEDIA NA			2	2		3	3	2,5	2	2	2
			2	2		3	3	3	2	2	2
0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1
1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1
1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2
1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2
1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3
0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	0
2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
MEDIA NA	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
FT			2	3	2		2	2	2	0	0
			1	1	2		2	2	2	3	3
			1	1	2		2	2	2	2	1
			2	2	3		3	3	3	3	3
			2	2	2		1	1	1	0	0
			0	2	2		2	2	2	1	2
			1	2	2		2	2	2	2	2
			1	2	2		2	2	2	2	2
			1	1	1		3	3	3	3	3
			0	1	1		2	2	2	2	2
			2	2	2		2	2	2	3	2
			1	2	3		3	3	3	3	3
			2	2	2		1	1	1	1	1
			1	1	2		0	0	2	1	2
			2	3	3		3	3	2	3	3
			3	3	3		3	3	3	3	3
MEDIA NA			1	2	2		2	2	2	2	2
			1	2	2		2	2	2	2	2
0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1
1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	3	3	2	1	1	1	1	2	3
1	2	1	3	3	2	2	2	2	1	2	3
1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3
0	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1

	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3
mediana	4	4	4	3,5	3	3,5	3	4	3,5	3
TO	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3
	4	4	2	4	2	3	3	4	4	3
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2
	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4
	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2
	4	4	3	4	3	4	2	3	4	2
	3	3	4	3	2	3	2	4	3	3
	3	3	4	3	2	3	3	4	3	3
	3	4	4	4	2	4	4	2	1	0
	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2
	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4
	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	3	4	3	3	2	2	2
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3
mediana	3,5	4	4	3,5	3	3,5	3	4	3,5	3
	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3
TF	4	4	2	4	2	3	3	4	4	3
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2
	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4
	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2
	4	4	3	4	3	4	2	3	4	2
	3	3	4	3	2	3	2	4	3	3
	3	3	4	3	2	3	3	4	3	3
	3	4	4	4	2	4	4	2	1	0
	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2
	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3
	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3
mediana	3,5	4	4	3,5	3	3,5	3	4	3	3
	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3
OP	4	4	2	4	2	3	3	4	4	3
	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2
	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4
	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2
	4	4	3	4	3	4	2	3	4	2
	3	3	4	3	2	3	2	4	3	3
	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3
	3	4	4	4	2	4	4	2	1	0
	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2
	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2
	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	4	4	4	3	4	3	3	2	2	2
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3

mediana	3	4	3	3	3	3,5	3	3	3	2,5
	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3
utentes	4	3	2	4	2	3	3	4	4	3
	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1
	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	2	1	1	4	3	2	3	0
	3	4	4	1	3	3	3	4	3	4
	4	4	4	1	3	3	3	4	3	4
	3	4	4	4	2	4	4	2	1	0
	3	3	2	4	4	4	2	2	1	0
	2	1	3	0	1	2	1	1	2	2
	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	4	2	1	0	1	2	1	1
	4	4	2	2	2	3	0	0	0	0
	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3
mediana	3	3	3	2	2	3	3	2	2,5	2
	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2

Apêndice IV: Análise dos dados

Análise dos dados Secção A1: Censuração

Análise dos dados Secção A2: Horizonte temporal de acordo com os cenários obtidos

Análise dos dados Secção B: Barreiras à implementação da Governação Clínica, Efeitos Directos e Indirectos

Análise dos dados Secção C: Caracterização dos Inquiridos

Análise dos dados Secção A.1.:

Cenarização – Aplicação informática MORPHOL ®

Lista das Hipóteses

Table of hypotheses										
Domains	Variables	Hypotheses								
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	
GC no IH	AspG	Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR garantem a eficácia e a eficiência da prestação de serviços baseada nos pressupostos da GC 26 %	Os profissionais existentes no meu Serviço de MFR utilizam os pressupostos da Prática Baseada na Evidência em todos os processos de tomada de decisão 26 %	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado 28 %	O meu Serviço de MFR possui os recursos humanos necessários à disponibilização de serviços de elevada maturidade em GC que garantem a confiança dos utentes 21 %	? (AspG) 0 %				
	CT	A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais 16 %	O meu Serviço de MFR melhora a cooperação efectiva e o trabalho em equipa entre os profissionais do Serviço e outros profissionais do hospital/serviços, através das práticas diárias baseadas em GC 15 %	O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade 17 %	Todos os profissionais existentes no meu Serviço de MFR realizam com regularidade e rigor a auto-avaliação das suas práticas 12 %	A informação disponibilizada pelos resultados das investigações existentes em Reabilitação e afins são reflectidas diariamente nas actividades/práticas dos profissionais do meu serviço 16 %	Toda a actividade profissional é suportada por um modelo da GC, que enfatiza o uso rigoroso de guidelines 12 %	A coordenação do meu Serviço de MFR promove e/ou desenvolve sistematicamente uma liderança que valoriza a GC a todos os níveis da prestação de serviços 13 %	? (CT) 0 %	
	FActC	Os profissionais no meu Serviço de MFR têm os conhecimentos e as competências necessárias para tomarem as decisões baseadas nos resultados das investigações e demais literatura científica 27 %	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas 29 %	Todos os profissionais do meu serviço realizam e/ou participam com regularidade nas acções de formação contínua sobre temas afins à GC e/ou temáticas de investigação em Reabilitação 25 %	Todos os novos profissionais contratados para o meu serviço já trazem da sua formação de base adequados conhecimentos sobre os pressupostos da GC 19 %	? (FActC) 0 %				
	GC em RH	O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais 26 %	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em guidelines actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente dos erros e incidentes adversos 25 %	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos 26 %	O meu Serviço de MFR dispõe de indicadores de desempenho para avaliar os serviços prestados 23 %	? (GC em RH) 0 %				
	Est PGQ	O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços 50 %	Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas para o desenvolvimento e maturação da governação clínica em todos os níveis da prestação de cuidados ao utente com AVC 50 %	? (Est PGQ) 0 %						

Número de Cenários

DESCRIPTION	NUMBER
Total number of scenarios	3000
Number of scenarios after exclusion	3000
Number of preferred scenarios	0
Number of kept scenarios	0

Cenários – Classificação e Selecção

No°	SCENARIO	P / MEAN
1	3 3 2 1 1	5,38
2	3 3 2 1 2	5,38
3	3 3 2 3 1	5,38
4	3 3 2 3 2	5,38
5	3 3 2 2 1	5,18
6	3 3 2 2 2	5,18
7	3 1 2 1 1	5,07
8	3 1 2 1 2	5,07
9	3 1 2 3 1	5,07
10	3 1 2 3 2	5,07
11	3 5 2 1 1	5,07
12	3 5 2 1 2	5,07
13	3 5 2 3 1	5,07
14	3 5 2 3 2	5,07
15	3 3 1 1 1	5,01
16	3 3 1 1 2	5,01
17	3 3 1 3 1	5,01
18	3 3 1 3 2	5,01
19	1 3 2 1 1	5
20	1 3 2 1 2	5
21	1 3 2 3 1	5
22	1 3 2 3 2	5
23	2 3 2 1 1	5
24	2 3 2 1 2	5
25	2 3 2 3 1	5
26	2 3 2 3 2	5

No°	SCENARIO	P / MEAN
27	3 1 2 2 1	4,87
28	3 1 2 2 2	4,87
29	3 5 2 2 1	4,87
30	3 5 2 2 2	4,87
31	3 3 1 2 1	4,82
32	3 3 1 2 2	4,82
33	1 3 2 2 1	4,81
34	1 3 2 2 2	4,81
35	2 3 2 2 1	4,81
36	2 3 2 2 2	4,81
37	3 3 2 4 1	4,76
38	3 3 2 4 2	4,76
39	3 2 2 1 1	4,75
40	3 2 2 1 2	4,75
41	3 2 2 3 1	4,75
42	3 2 2 3 2	4,75
43	3 1 1 1 1	4,72
44	3 1 1 1 2	4,72
45	3 1 1 3 1	4,72
46	3 1 1 3 2	4,72
47	3 5 1 1 1	4,72
48	3 5 1 1 2	4,72
49	3 5 1 3 1	4,72
50	3 5 1 3 2	4,72

Lista dos Cenários – Os dez primeiros:

List of scenarios				
S1	S2	S3	S4	S5
5,38	5,38	5,38	5,38	5,18
O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado
O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade
O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas
O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em guidelines actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente
O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas	O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas	O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços

S6	S7	S8	S9	S10
5,18	5,07	5,07	5,07	5,07
O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado	O meu Serviço de MFR assegura a participação do utente com AVC em todos os procedimentos técnicos e demais práticas da GC em Reabilitação Hospitalar, entre as quais o consentimento informado
O meu Serviço de MFR apresenta autonomia profissional com elevado grau de maturidade	A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais	A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais	A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais	A adopção dum modelo de GC facilita a organização do trabalho no Internamento Hospitalar e não sobrecarrega a prática diária dos profissionais
O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas	O meu Serviço de MFR tem disponíveis os meios tecnológicos (ex: computador, Internet, bases de dados científicas, etc.) que permitem aos profissionais a actualização permanente das informações sobre guidelines e demais linhas orientadoras das suas práticas
A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar é feita com base em guidelines actualizadas e um sistema de monitoria e avaliação permanente	O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	O Serviço de MFR apresenta um sistema de governação clínica que providencia a segurança efectiva na execução dos procedimentos/práticas dos profissionais	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos	A intervenção com o utente/doente no Internamento Hospitalar dispõe de um plano intervenção para situações de riscos clínicos
Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas	O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas	O meu Serviço de MFR possui e implementa uma estratégia clara no domínio da gestão da qualidade em todos os níveis da prestação de serviços	Existe um consenso alargado entre o meu Serviço de MFR e demais serviços do Hospital acerca da importância da implementação de políticas orientadas

Análise dos dados Secção A.2.:

Horizonte Temporal de acordo com os Cenários obtidos – Aplicação informática SPSS

ParticipaçãoUtente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid razoável	2	12,5	12,5	12,5
muita	8	50,0	50,0	62,5
toda	6	37,5	37,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	10	62,5	62,5	62,5
1 a 5 anos	3	18,8	18,8	81,3
5 a 10 anos	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

AutonomiaProf

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouca	1	6,3	6,3	6,3
razoável	1	6,3	6,3	12,5
muita	9	56,3	56,3	68,8
toda	5	31,3	31,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	5	31,3	31,3	31,3
1 a 5 anos	8	50,0	50,0	81,3
5 a 10 anos	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

DiponibilizaçãOMTec

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouca	1	6,3	6,3	6,3
razoável	1	6,3	6,3	12,5
muita	8	50,0	50,0	62,5
toda	6	37,5	37,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	8	50,0	50,0	50,0
1 a 5 anos	8	50,0	50,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

ImplementarSGC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouca	1	6,3	6,3	6,3
razoável	4	25,0	25,0	31,3
muita	5	31,3	31,3	62,5
toda	6	37,5	37,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	3	18,8	18,8	18,8
1 a 5 anos	10	62,5	62,5	81,3
5 a 10 anos	2	12,5	12,5	93,8
10 ou mais anos	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

ErrosIncidentes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouca	1	6,3	6,3	6,3
razoável	3	18,8	18,8	25,0

muita	8	50,0	50,0	75,0
toda	4	25,0	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	2	12,5	12,5	12,5
1 a 5 anos	12	75,0	75,0	87,5
5 a 10 anos	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

SituaçãoRC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid razoável	1	6,3	6,3	6,3
muita	10	62,5	62,5	68,8
toda	5	31,3	31,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	6	37,5	37,5	37,5
1 a 5 anos	8	50,0	50,0	87,5
5 a 10 anos	1	6,3	6,3	93,8
10 ou mais anos	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

GestãoQualidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid razoável	3	18,8	18,8	18,8
muita	9	56,3	56,3	75,0
toda	4	25,0	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	4	25,0	25,0	25,0
1 a 5 anos	9	56,3	56,3	81,3
5 a 10 anos	2	12,5	12,5	93,8
10 ou mais anos	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Importância da GC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouca	1	6,3	6,3	6,3
razoável	3	18,8	18,8	25,0
muita	6	37,5	37,5	62,5
toda	6	37,5	37,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Timing22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid imediato	4	25,0	25,0	25,0
1 a 5 anos	8	50,0	50,0	75,0
5 a 10 anos	4	25,0	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Análise dos dados Secção B:

Barreiras à Implementação da Governação Clínica – Efeitos Directo e Indirectos – Aplicação Informática SPSS

Pouca disponibilidade de tempo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	3	18,8	18,8	25,0
Indiferente	3	18,8	18,8	43,8
Concordo em parte	8	50,0	50,0	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Fraca fontes de Informação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	5	31,3	31,3	37,5
Indiferente	3	18,8	18,8	56,3
Concordo em parte	7	43,8	43,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Défice de conhecimentos sobre GC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	3	18,8	18,8	18,8
Concordo em parte	9	56,3	56,3	75,0
Concordo totalmente	4	25,0	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Insuficiente apoio de colegas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	3	18,8	18,8	25,0
Indiferente	5	31,3	31,3	56,3
Concordo em parte	6	37,5	37,5	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Insuficiente apoio de outros profissionais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	2	12,5	12,5	12,5
Indiferente	4	25,0	25,0	37,5
Concordo em parte	10	62,5	62,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Insuficiente apoio de superiores hierárquicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	2	12,5	12,5	18,8
Indiferente	3	18,8	18,8	37,5
Concordo em parte	5	31,3	31,3	68,8
Concordo totalmente	5	31,3	31,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Insuficiente apoio Administração na Inovação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	2	12,5	12,5	12,5
Indiferente	3	18,8	18,8	31,3
Concordo em parte	5	31,3	31,3	62,5
Concordo totalmente	6	37,5	37,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Motivação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	3	18,8	18,8	18,8
Indiferente	4	25,0	25,0	43,8
Concordo em parte	8	50,0	50,0	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Fadiga devido a elevada horas de trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	2	12,5	12,5	12,5
Discordo em parte	2	12,5	12,5	25,0
Indiferente	7	43,8	43,8	68,8
Concordo em parte	3	18,8	18,8	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Más condições físicas, ambientais do local de trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	2	12,5	12,5	18,8
Indiferente	1	6,3	6,3	25,0
Concordo em parte	10	62,5	62,5	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Forma de organização de trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	2	12,5	12,5	18,8
Indiferente	2	12,5	12,5	31,3
Concordo em parte	10	62,5	62,5	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Comunicação com as chefias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	4	25,0	25,0	31,3
Indiferente	2	12,5	12,5	43,8
Concordo em parte	7	43,8	43,8	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0

Comunicação com as chefias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	4	25,0	25,0	31,3
Indiferente	2	12,5	12,5	43,8
Concordo em parte	7	43,8	43,8	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Défices de comunicação entre os elementos da equipa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	5	31,3	31,3	37,5
Indiferente	5	31,3	31,3	68,8
Concordo em parte	3	18,8	18,8	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Forte afluência de utentes ao Internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	2	12,5	12,5	18,8
Indiferente	4	25,0	25,0	43,8
Concordo em parte	6	37,5	37,5	81,3
Concordo totalmente	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Fraca envolvência dos utentes com AVC no contrato terapêutico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	4	25,0	25,0	25,0
Discordo em parte	4	25,0	25,0	50,0
Indiferente	2	12,5	12,5	62,5
Concordo em parte	5	31,3	31,3	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0

Fraca envolvência dos utentes com AVC no contrato terapêutico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	4	25,0	25,0	25,0
Discordo em parte	4	25,0	25,0	50,0
Indiferente	2	12,5	12,5	62,5
Concordo em parte	5	31,3	31,3	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Muitas tarefas administrativas e/ou burocracias dos procedimentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	3	18,8	18,8	18,8
Indiferente	2	12,5	12,5	31,3
Concordo em parte	7	43,8	43,8	75,0
Concordo totalmente	4	25,0	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Escasso acesso à formação continua

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	2	12,5	12,5	12,5
Discordo em parte	4	25,0	25,0	37,5
Indiferente	1	6,3	6,3	43,8
Concordo em parte	8	50,0	50,0	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Inexistência de legislação e regulamentação sobre as práticas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	2	12,5	12,5	12,5
Indiferente	4	25,0	25,0	37,5
Concordo em parte	9	56,3	56,3	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Pouca informação especializada disponível

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
Discordo em parte	4	25,0	25,0	31,3
Indiferente	4	25,0	25,0	56,3
Concordo em parte	6	37,5	37,5	93,8
Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Limitação na Autonomia Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	1	6,3	6,3	6,3
Indiferente	3	18,8	18,8	25,0
Concordo em parte	12	75,0	75,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Crítérios de avaliação de desempenho mal definidos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	2	12,5	12,5	12,5
Concordo em parte	11	68,8	68,8	81,3
Concordo totalmente	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Pouca clarificação e divulgação dos resultados de desempenho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo em parte	1	6,3	6,3	6,3
Indiferente	1	6,3	6,3	12,5
Concordo em parte	11	68,8	68,8	81,3
Concordo totalmente	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Défice de auditorias clínicas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3

Indiferente	5	31,3	31,3	37,5
Concordo em parte	8	50,0	50,0	87,5
Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Análise dos Efeitos Directos e Indirectos

Reforço do Desenvolvimento Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo em parte	6	37,5	37,5	37,5
Concordo totalmente	10	62,5	62,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Valorização da Imagem Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indiferente	1	6,3	6,3	6,3
Concordo em parte	5	31,3	31,3	37,5
Concordo totalmente	10	62,5	62,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Promoção da Satisfação no trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indiferente	1	6,3	6,3	6,3
Concordo em parte	6	37,5	37,5	43,8
Concordo totalmente	9	56,3	56,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Garantia de Qualidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo em parte	8	50,0	50,0	50,0
Concordo totalmente	8	50,0	50,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Análise dos dados Secção C:

Caracterização dos Inquiridos – Aplicação Informática SPSS

Sexo	Numeric	8	0	Sexo	{1, masculin...	None	8	☰ Right	🎨 Nominal
Idade	Numeric	8	0	Idade	None	None	8	☰ Right	📏 Scale
ActProfissio...	Numeric	8	0	Actividade Profi...	{1, Médico(...	None	8	☰ Right	🎨 Nominal
Escolaridade	Numeric	8	0	Escolaridade	{1, Bacharel...	None	8	☰ Right	🎨 Nominal
ServInterna...	Numeric	8	0	Serviço de Inter...	{1, UAVC}...	None	8	☰ Right	🎨 Nominal
Antiguidade	Numeric	8	0	Antiguidade na ...	None	None	8	☰ Right	📏 Scale
TempoTrab...	Numeric	8	0	Tempo de Trab...	None	None	8	☰ Right	📏 Scale
TempoTrab...	Numeric	8	0	Tempo de Trab...	None	None	8	☰ Right	📏 Scale
Cargodecoord	Numeric	8	0	Exerce cargo d...	{1, sim}...	None	8	☰ Right	🎨 Nominal

	Idade	Antiguidade na Profissão	Tempo de Trabalho no Hospital	Tempo de Trabalho na Actual área de actuação
N Valid	16	16	16	16
Missing	0	0	0	0
Mean	30,19	6,75	5,00	4,75
Std. Deviation	6,969	6,224	5,899	6,006
Minimum	25	1	0	0
Maximum	52	25	25	25

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid masculino	8	50,0	50,0	50,0
feminino	8	50,0	50,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25	3	18,8	18,8	18,8
26	1	6,3	6,3	25,0
27	3	18,8	18,8	43,8
28	2	12,5	12,5	56,3
29	2	12,5	12,5	68,8
30	1	6,3	6,3	75,0
31	1	6,3	6,3	81,3
34	1	6,3	6,3	87,5
40	1	6,3	6,3	93,8
52	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Atividade Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Médico(a) Fisiatra	3	18,8	18,8	18,8
Fisioterapeuta	6	37,5	37,5	56,3
Terapeuta Ocupacional	6	37,5	37,5	93,8
Terapeuta da Fala	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bacharel	1	6,3	6,3	6,3
Licenciatura	5	31,3	31,3	37,5
Pós-graduações	7	43,8	43,8	81,3
Mestrado/Doutoramento	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Serviço de Internamneto onde desempenha actividade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid UAVC	1	6,3	6,3	6,3
Medicina Interna	3	18,8	18,8	25,0
Neurologia	1	6,3	6,3	31,3
UCC	2	12,5	12,5	43,8
Outro	6	37,5	37,5	81,3
Não se aplica	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Antiguidade na Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	6,3	6,3	6,3
2	1	6,3	6,3	12,5
3	1	6,3	6,3	18,8

4	4	25,0	25,0	43,8
5	3	18,8	18,8	62,5
6	3	18,8	18,8	81,3
10	1	6,3	6,3	87,5
18	1	6,3	6,3	93,8
25	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho no Hospital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	6,3	6,3	6,3
1	2	12,5	12,5	18,8
2	1	6,3	6,3	25,0
3	5	31,3	31,3	56,3
4	2	12,5	12,5	68,8
5	2	12,5	12,5	81,3
8	1	6,3	6,3	87,5
10	1	6,3	6,3	93,8
25	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho na Actual área de actuação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	6,3	6,3	6,3
1	2	12,5	12,5	18,8
2	4	25,0	25,0	43,8
3	3	18,8	18,8	62,5
4	2	12,5	12,5	75,0
6	1	6,3	6,3	81,3
8	1	6,3	6,3	87,5
10	1	6,3	6,3	93,8
25	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Exerce cargo de coordenação/chefia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	1	6,3	6,3	6,3
não	15	93,8	93,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Apêndice V: Documentação do estudo:
pedido de autorização; homologação da
autorização