

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 nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Contributos para a implementação dum modelo de gestão da
qualidade num serviço de Tomografia Computorizada: uma análise
prospectiva**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Joana Dulce Pereira de Campos

Nº 5735

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. António Abrantes

Évora/ Lisboa
Dezembro, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA – IPL
(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Contributos para a implementação dum modelo de gestão da
qualidade num serviço de Tomografia Computorizada: uma análise
prospectiva**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Joana Dulce Pereira de Campos

Nº 5735

Orientadores:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. António Abrantes

Évora/ Lisboa
Dezembro, 2011

Agradecimentos

Esta dissertação não teria sido possível sem a intervenção de inúmeros actores que fazem parte da minha vida profissional e pessoal.

Agradeço o apoio, paciência e disponibilidade do meu orientador e co – orientador, Professor Carlos Alberto da Silva e Professor António Abrantes por me elucidarem e ajudarem em todas as fases deste trabalho.

Agradeço a todos os colegas do Serviço de Imagiologia, porque directa ou indirectamente me ajudaram na concretização deste projecto.

Agradeço a todos os colegas de Mestrado, em particular Lena e Catarina por partilharem comigo saberes, angústias, desesperos, alegrias e concretizações.

Agradeço a todos os meus amigos por me perdoarem as ausências prolongadas.

Agradeço à minha família, em particular, Mãe, Pai, Marta e Ricardo por me darem ânimo e energia durante todas as fases da construção esta dissertação.

O futuro é determinado por forças sociais, políticas, científicas e tecnológicas. Contudo, o futuro pode ser delineado por escolhas pessoais. O curso da história pode ser influenciado mas não controlado pela sociedade.

(Glenn, 1994)

CONTRIBUTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DUM MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE NUM SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA: UMA ANÁLISE PROSPECTIVA

Resumo

Este estudo pretende abordar uma visão da Prospectiva Estratégica, adaptando o Modelo de Cenários, para uma futura implementação do modelo de qualidade da *European Foudation for Quality Management* (EFQM), num serviço de Tomografia Computorizada. Foram analisados os actores intervenientes nesta análise sócio-organizacional, em que as chefias intermédias são as mais intervenientes deste processo. A análise dos objectivos verifica a importância do papel do Coordenador Técnico e ressalva a importância das competências dos profissionais de saúde deste serviço, assumindo a importância da gestão do risco e da necessidade de estabelecer parcerias. Como proposta de um possível Plano de Intervenção sugere-se um modelo de gestão do risco definido através de Seminários Prospectivos, com o objectivo de criar um sentido de trabalho em equipa, em que os objectivos individuais sirvam os da instituição, num ambiente organizacional motivado e dinâmico, em que a mudança seja um factor impulsionador da organização.

Palavras – Chave: Qualidade; Gestão do Risco; Prospectiva; Dinâmica de Actores; Plano de Intervenção.

CONTRIBUTIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF A QUALITY MODEL IN A TOMOGRAPHY SERVICE: A PROSPECTIVE ANALYSIS

Abstract

This study purposes to address a vision of the Strategic Foresight, adapting the model scenarios for a future implementation of the EFQM quality model, in a service of Computed Tomography. We analyzed the social actors involved in this organizational analysis, in which middle managers are more involved in this process. The analysis verifies the importance of the objectives for the role of Technical Coordinator and subject to the importance of skills of health professionals of this service, assuming the importance of risk management and the need to establish partnerships. As a proposal for an Intervention Plan can suggest a risk management model defined by Prospective Seminars with the aim of creating a sense of teamwork, in which the individual serves the objectives of the institution, in an organizational environment motivated and dynamic, in which the change is a key driver of the organization.

Key - Words: Quality; Risk Management; Foresight; Actors Dynamic; Intervention Plan.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
1. Introdução.....	1
2. O Problema em Estudo	7
2.1 Problema: Implementação de um modelo de gestão da qualidade num serviço de Tomografia Computorizada	7
2.2 Objectivos	10
2.2.1 Objectivo Geral	10
2.2.2 Objectivos Específicos.....	10
3. Enquadramento Teórico Conceptual	10
3.1 Acção Nuclear – Qualidade	11
3.1.1 Problematização da Qualidade	11
3.1.2 Da Gestão da Qualidade Total ao Desenvolvimento dos Sistemas de Qualidade numa perspectiva sustentável	13
3.1.3. Cultura Organizacional em busca da melhoria contínua da Qualidade.....	15
3.1.4 Implementação de um modelo de qualidade.....	15
3.1.4.1 Modelo de Excelência da EFQM	16
3.1.4.2. Avaliação da Excelência segundo o modelo EFQM.....	17
3.1.4.3 Implementação do modelo EFQM num serviço de Tomografia Computorizada.....	21
3.2 Gestão do Risco.....	22
3.2.1 Definir o risco	22
3.2.2 Gerir o risco.....	23
3.2.3. Avaliar o risco.....	24
3.2.4. Riscos inerentes a um Serviço de Radiologia (Tomografia Computorizada) ..	26
3.3 Os actores como chave nas organizações de saúde	30
3.3.1 Os recursos humanos como variável estratégica no desenvolvimento da qualidade total.....	31
4. Metodologia.....	32
O estudo das organizações pela análise prospectiva	33
4.1 Análise Estratégica /Prospectiva	33
4.2 Método dos cenários – da antecipação à acção por Michel Godet.....	34
4.3 Desenho do estudo	38
4.4 Caracterização da unidade de análise.....	39

4.5 Instrumento e recolha de dados	43
4.6 Procedimento de tratamento de dados	45
5. Apresentação e Discussão dos Resultados	46
5.1 Análise estrutural do sistema	46
5.2 Dinâmica social de actores.....	54
5.3 Posição dos actores face ao estudo	61
6. Considerações Finais.....	67
7. Plano de Intervenção Sócio – Organizacional.....	72
Desenvolvimento de Gestão de Risco.....	72
7.1 Fundamentação	72
7.2 Introdução.....	72
7.3 Aplicação prática.....	73
7.3.1. Recursos	73
7.3.2. Promoção e aceitação do projecto	73
7.4 Metodologia de trabalho	74
7.5. Plano de Trabalho	78
Os três “Ateliers” de Prospectiva e as Reuniões Estratégicas	78
7.5.1. Desenvolver Competências na área da Prospectiva Estratégica e do Pensamento Estratégico	78
7.5.2. Antecipação e Apropriação da Mudança.....	78
7.5.2.1. Árvore de Pertinência	80
7.5.3. “Caça” às Ideias Feitas	81
7.5.4. Identificação da “Árvore de Competências” no Passado, Presente e Futuro. 81	
7.5.4.1. Árvore de Competências.....	83
7.5.5. Reuniões de Reflexão Estratégica	83
7.6. Conclusão	84
8. Bibliografia	86
9. Anexos.....	90
Anexo I	91
Anexo II	97

Índice de quadros e figuras

Figura 1. Representação esquemática do modelo EFQM – Critérios e respectiva pontuação.	18
Figura 2. Representação esquemática do modelo EFQM em 1998	19
Figura 3. A nova versão do Modelo de Excelência da EFQM (1999)	20
Figura 4. Organigrama do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, E.P.E.	43
Quadro 1. Matriz de influências directas	48
Quadro 2. Matriz de influências indirectas	49
Quadro 3. Matriz de influências potenciais.	49
Quadro 4. Matriz dos meios de Acção Directos (MAD).....	55
Quadro 5. Matriz dos meios de acção directos e indirectos (MADI).....	56
Quadro 6. Relação de graus de influência e de dependência, directas e indirectas	57
Quadro 7. Coeficiente de relação de força entre os diversos actores e respectivo Histograma de competitividade.	59
Quadro 8. Matriz de equilíbrios líquidos.....	60
Quadro 9. Matriz de posições valorizadas (Actor <i>versus</i> Objectivo) e o respectivo Histograma.	62
Quadro 10. Matriz ponderada de posições valorizadas.	64
Quadro 11. Matriz de convergências variadas	65
Quadro 12: Cronograma do Plano de Intervenção	76
Quadro 13: Plano de actividades/ Calendarização.....	76
Quadro 14: Matriz de Enquadramento Lógico.....	77
Gráfico 1. Relação de dependência/ influência dos objectivos.....	50
Gráfico 2. Influências directas	51
Gráfico 3. Influências indirectas	52
Gráfico 4. Influências potenciais.	53
Gráfico 5: Plano de Influências e Dependências Directas e Indirectas entre actores.	58
Gráfico 6. Mapa de distâncias entre objectivos	63
Gráfico 7. Gráfico de ligação das distâncias entre objectivos	63
Gráfico 8. Gráfico de convergências dos actores, de segundo grau.	65
Gráfico 9. Mapa de rede de distâncias entre actores	66
Gráfico 10. Gráfico de rede de distâncias entre actores	66

Abreviaturas e Siglas

CEN Comité Europeu de Normalização

DGS Direcção Geral de Saúde

DPP Departamento de Prospectiva e Planeamento

EFQM European Foundation for Quality Management

EOQ European Organization for Quality

E.P.E. Entidade Pública Empresarial

IOM Institute of Medicine

IQNET The International Quality Network

ISO International Standards Organizations

LIPSOR Laboratoire d'Innovation de Prospective Stratégique et d'Organisation

NHS New Health System

OMS Organização Mundial de Saúde

TC Tomografia Computorizada

TQM Total Quality Management

1. Introdução

Contexto e relevância do estudo

Para garantir a competitividade das organizações não basta a sua produtividade, mas também qualidade e inovação. Estas características organizacionais derivam das atitudes, do espírito de iniciativa e também da imaginação de cada um dos elementos da organização (Godet, 1997).

A procura da Qualidade nas Organizações não é um tema recente, fazendo parte dos valores pessoais e profissionais dos indivíduos, reflectindo novos valores e hábitos da sociedade.

Ao longo dos anos vários organismos têm sido criados, para o desenvolvimento da qualidade, das quais o Comité Europeu de Normalização (CEN); *The International Quality Network* (IQNET); *European Organization for Quality* (EOQ); *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e a *International Standards Organizations* (ISO).

O conceito de Qualidade, como o conhecemos actualmente, nasceu nos anos 30 com o Controlo Estatístico da Qualidade, inventados por Shewart, dos Laboratórios Bell.

No ano de 1943 Ishikawa introduziu o diagrama da espinha de peixe para a Qualidade.

Em 1946, o Sindicato dos Cientistas e Engenheiros Japoneses criou o grupo de Pesquisa e Formação em Controlo da Qualidade, com o objectivo de melhorar os produtos e a qualidade de vida Japonesa.

No ano de 1950, Deming deslocou-se ao Japão para educar o publico e a industria no Controlo de Qualidade, surgindo assim o prémio Deming, que era atribuído a empresas que se destacassem pelos produtos e/ou pelos seus serviços.

Em 1954, Juran deu um seminário para permitir que o controlo da qualidade fosse utilizado como instrumento de gestão, surgindo a designação Controlo de Qualidade Total.

Na década de 60, Ishikawa, desenvolveu uma filosofia que deu origem aos círculos de qualidade. Também explicou porque a gestão Americana não poderia funcionar no Japão e vice-versa.

Em 1979, Crosby, fundou uma escola de qualidade e escreveu seis livros.

Nos anos 80 surge o Prémio Nacional de Qualidade *Malcolm Baldrige*, tendo como base os critérios utilizados pelos Japoneses.

Durante todo o século XX o conceito de qualidade evoluiu. Esta evolução ocorreu em quatro fases, correspondendo a diferentes características e metodologias adoptadas pelas organizações. Estas fases correspondem à inspecção, controlo, garantia, gestão e sustentabilidade (Rocha, 2011).

A qualidade pode assim ser vista como “uma das mais recentes preocupações éticas da Administração Pública. A gestão da qualidade surge como resposta à interrogação da Administração como instituição eficaz, como organização prestadores de serviços a cidadãos que esperam do conjunto das organizações públicas respostas para as suas necessidades” (Villoria, 1996:98 citado em Louro, 2009).

O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, veio conferir à Direcção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português.

Nesta conformidade, cabe agora à Direcção Geral da Saúde prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente e a disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais.

Segundo o Decreto-Lei nº 166/99, art. 2 nos serviços públicos a qualidade pode ser entendida como “uma filosofia de gestão que permite alcançar uma maior eficácia e eficiência dos serviços, a desburocratização e simplificação de processos e procedimentos e a satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos cidadãos”.

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 descreve indicações estratégicas com o objectivo integrador e facilitador na coordenação e colaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde tanto no sector político como técnico e financeiro. O plano para 2011-2016 tenta dar sequência às actividades realizadas no plano anterior, com a visão de maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

O plano nacional de saúde tem como objectivos estratégicos a obtenção de ganhos em saúde com o desenvolvimento consensual de todos os intervenientes e actores, a utilização dos instrumentos necessários com a

elaboração e discussão de estudos, pareceres e instrumentos fundamentados técnica e cientificamente através de estratégias instituídas, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados e garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma sujeição de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

A acreditação em saúde é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde para a próxima década e tem por objectivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, através de uma avaliação objectiva das diversas competências.

A acreditação em saúde tem em vista fortificar a confiança tanto dos utentes como dos profissionais de saúde, nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, estimulando e disseminando uma cultura de melhoria da qualidade e segurança, com uma relação custo/benefício adequada (Programa nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

No contexto político o Decreto-lei nº 183/96, de 27 de Setembro, tornou obrigatório a elaboração de planos e relatórios de actividades anuais em todos os Serviços e organismos da Administração Pública Central (Programa Nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

Para poderem existir ganhos em saúde deve-se melhorar o conhecimento sobre a situação actual. Não sendo necessário elaborar novos planos de saúde mas sim reformular, adaptar ou efectivar os planos já existentes.

O grande público, os profissionais de saúde e as autoridades responsáveis pela saúde devem melhorar os seus conhecimentos e procurar estar informados para se poderem promover intervenções eficazes e eficientes em saúde e no desenvolvimento de indicadores apropriados.

Devem ser planificadas acções/formações, tais como: a realidade da prestação dos cuidados, a dimensão dos riscos profissionais, os resultados das acções interventivas, o diagnóstico das doenças profissionais, as consequências dos acidentes de trabalho ou as exigências ao nível de formação de técnicos e da sensibilização de trabalhadores.

De forma a incentivar o cumprimento, por parte destas instituições e serviços, das normas legais sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, garantindo a

avaliação e registo actualizado dos factores de risco e a planificação das acções conducentes ao seu efectivo controlo, bem como a existência de recursos humanos com competência e qualificação adequadas assegurar-se-á que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho. A Lei n.º 81/2009 de 21 de Agosto institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

A presente lei estabelece um sistema de vigilância em saúde pública, através da organização de um conjunto de entidades dos sectores público, privado e social desenvolvendo actividades de saúde pública, conforme as respectivas leis orgânicas e atribuições estatutárias, aplicando medidas de prevenção, alerta, controlo e resposta, relativamente a doenças transmissíveis, em especial as infecto-contagiosas, a outros riscos para a saúde pública, com vista a garantir o direito dos cidadãos à defesa e protecção da saúde.

Para os efeitos do disposto no número anterior, é criada uma rede de âmbito nacional envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos sectores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE.

Nesta organização está a ser implementado um sistema de gestão de risco clínico com o objectivo de compreender e evitar eventos adversos minimizando possíveis danos (Programa nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

Até à data os controlos de qualidade eram limitativos, constrangedores, perseguidores, vedados, punitivos e não implicavam todos os níveis da organização, especialmente no sector público em que os funcionários têm total impunidade nas suas competências. Hoje em dia pensa-se mais nos processos e nos erros e não tanto nas actividades e em quem as realiza para implementação do modelo de qualidade, o culpado não é o mais importante mas sim os motivos que o levam a realizar o erro (Schraiber, Peduzzi, Sala, Nemes, Castanhera, & Kon, 1999).

Quando se pensa no futuro, pensamos em avaliar resultados do passado para podermos realizar as mudanças necessárias e esperarmos numa posteridade melhor. A prospecção não cria a distinção entre passado e futuro mas encara as duas temporalidades para um objectivo comum.

A prospecção distingue-se da previsão e de predição, em que a temporalidade é no presente e não no futuro. Na prospectiva o ponto de partida é normativo, devendo definir políticas e prioridades com objectivos bem definidos. Também no planeamento o futuro existe independente dos projectos planeados ou das actividades realizadas. Para Godet a prospecção e a estratégia são íntimas e têm a mesma finalidade, antecipar antes de agir (Zackiewicz, 2003).

A prospectiva tem como função reduzir as incertezas que o futuro pode trazer a qualquer organização, esta baseia-se nas competências que os funcionários têm sobre a sua profissão e/ ou sobre a organização, não pretendendo ser determinista. Na prospectiva o processo é mais importante do que os resultados desta metodologia, já que a intervenção dos profissionais designados actores neste processo é desconstruída para antecipar e prever o comportamento destes funcionários. Também é no processo que os consensos sobre o futuro organizacional se irão construir. Em qualquer prospectiva realizada a primeira pergunta a ser respondida é quem é a organização e qual o seu papel institucional e social (Cristo, 2002).

“O mundo não é abstracto e a sociedade não pode ser reduzida à condição de máquina destinada a produzir e vender valor acrescentado. A produtividade das empresas não garante a competitividade, também é preciso qualidade e inovação que dependem, primeiro que tudo, do comportamento, da iniciativa e da imaginação de cada um, a todos os níveis. Torna-se, assim, mais claro que o principal factor da competitividade e excelência é o factor humano e organizacional.” (Godet, 1993:23).

Com esta metodologia, pretendeu-se delinear os futuros possíveis dum plano de intervenção para a implementação do modelo de qualidade, a ocorrer com um melhor planeamento e conhecimento para todos os profissionais intervenientes. O Hospital escolhido para este estudo foi o Hospital de Faro, E.P.E., por razões profissionais e de proximidade da área de residência.

Para a linha orientadora de pesquisa do processo de investigação formularam-se duas questões: - Num serviço de Tomografia Computorizada quais são os actores e objectivos chave para a concretização de implementação de um modelo de qualidade? E operacionalizando uma área de gestão clínica, Qual a estratégia de gestão de risco eficaz numa análise prospectiva de criação de cenários?

Pretende-se construir uma matriz de leitura sobre a evolução do sistema de qualidade em causa, possibilitando estudar os actores, as suas relações entre eles e com os objectivos do estudo. O objectivo final será a construção de um plano de intervenção, definindo os pontos - chave e prioridades de actuação.

O quadro de fundamentação teórica foi traçado de acordo com diversos actores, na área da Qualidade segundo o pensamento de (Lopes & Capricho, 2007), (Pereira, 1995), (Sousa, 2010) e (Almeida, Silva, Fernandes, Abrantes, Ribeiro, & Azevedo, 2010). Na área de gestão de risco pelos autores (Costa, 2005), (Fragata, 2009), (Martin & Henderson, 2001) e (Uva, 2006). Em termos dos sistemas de saúde adoptou-se as orientações do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Pela experiência demonstrada, nesta área metodológica, recorreu-se ainda aos traços gerais descritos na Tese de Mestrado de Silvana Revez (2010). O processo de recolha e tratamento de dados, obtidos através de inquérito por questionário, foi realizado através dos programas de Excel e softwares específicos para a metodologia de cenários como o MICMAC e o MACTOR.

A qualidade de serviço é muito mais do que uma moda. Aqueles que pensam o contrário desenganam-se: as empresas, em geral, e as da área da saúde em particular, só vencerão se apostarem nesta componente da sua actividade (Fernandes, 2000).

2. O Problema em Estudo

2.1 Problema: Implementação de um modelo de gestão da qualidade num serviço de Tomografia Computorizada

“A Qualidade em saúde não é um conceito de definição pacífica, mas poderá de uma forma geral ser entendida como: efectividade, eficiência, eficácia, equidade de acesso aos cuidados de saúde, optimização dos benefícios face aos custos, aceitação para o paciente e adequação para a sociedade.” (Saraiva, d'Orey, Figueiredo, & Almeida, 2001:192).

Actualmente todos os serviços de saúde devem ser orientados por um modelo de Qualidade que garanta a sua eficiência e eficácia. Os serviços de saúde são cada vez mais rigorosos e exigentes, sendo necessária a antecipação, acção e apropriação de métodos de trabalho (Pereira, 1995).

As organizações hospitalares devem ter o propósito de elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, satisfazendo as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados, como a Tomografia Computorizada (Campenhout, 2003).

A qualidade de um equipamento é fácil de medir, segundo a sua eficiência, eficácia, durabilidade e ergonomia, já a qualidade da inteligência é difícil de medir, existe a inteligência emocional, lógico – matemática, criativa e indutiva. A qualidade numa instituição de saúde é difícil de mensurar pela dificuldade em estabelecer indicadores que padronizem a qualidade desejável. A qualidade de uma acção de saúde pode ser avaliado de forma diferente quer pelos diversos profissionais de saúde intervenientes, pelo administrador, pelo utente e pela família do utente.

Os profissionais de saúde gostariam de trabalhar numa instituição clara e transparente, que os deixe ser autónomos, podendo melhorar progressivamente sem serem punidos pelos seus erros. Os serviços de saúde devem ter profissionais detentores de competências quer técnicas, quer sociais e de comunicação. Todos os riscos e erros devem ser comunicados e vistos como oportunidades de melhoria. A organização deve fomentar o

espírito de equipa quer entre os profissionais de um mesmo serviço quer entre profissionais de serviços diferentes. Todos estes factores são dinâmicos e podem evoluir de acordo com as actividades de todos os profissionais e a gestão por objectivos (Pereira, 1995).

A modernização e a busca da eficácia e da eficiência na Administração Pública tem vindo a intentar programas de reestruturação e modernização administrativa, como a implementação de novos sistemas de gestão, que harmonizem a verificação do cumprimento da lei, a avaliação do desempenho e das competências, a gestão da qualidade e a melhoria nos serviços públicos hospitalares. Deste modo, surgem ferramentas de gestão e auto-avaliação nas instituições que têm por base o modelo *European Foundation for Quality Management* (Louro, 2009).

A prospectiva estratégica pesquisa futuros possíveis explorando as suas possibilidades. As informações estratégicas obtidas podem sustentar a tomada de decisões, diferenciando-se de outras metodologias de planeamento, obtendo e analisando opiniões de diversos actores de forma organizada, dinâmica, participativa, ordenada e energética.

“(...) O actor é um grupo de indivíduos organizados, seja um grupo de organizações, com um certo numero de projectos comuns e dispondo de capacidades de reacção comuns. Os seus objectivos estão ligados a projectos cuja articulação visam concretizar.” (Hatem, Fabrice, 1993:272 citado em Perestrelo, 2000).

As organizações hospitalares devem ter o propósito de elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, satisfazendo as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados, como a Tomografia Computorizada. Sendo assim o aumento e diversificação de competências é fundamental para minimizar o erro e gerir o risco.

Estando o risco associado a qualquer tomada de decisão, ele está associado a todos os processos de construção social da realidade. Qualquer serviço, de qualquer organização, deve ter em atenção os seus riscos transformando-os em oportunidades de melhoria, contribuindo para a qualificação de uma organização (Campenhout, 2003).

Em suma, a segurança dos utentes é uma prioridade máxima, sendo um paradigma da qualidade nos serviços de saúde. Utenes, ambiente de trabalho, tecnologias diversas e um ambiente exigente tanto nos processos como nos resultados tornam as funções numa instituição de saúde complicadas, inconstantes e plena de riscos (Fragata, 2009).

2.2 Objectivos

2.2.1 Objectivo Geral

O Objectivo Geral do estudo realizado é conforme o seguinte:

- Analisar as condições, tendências e estratégias para a implementação do modelo de Qualidade EFQM num serviço de Tomografia Computorizada de um serviço de Imagiologia hospitalar.

2.2.2 Objectivos Específicos

Constituíram objectivos específicos do estudo, o seguinte:

- Identificar os erros e os riscos do serviço de Tomografia Computorizada;
- Identificar as possíveis tendências e "os futuros possíveis/cenários" de melhoria de actuação do serviço de Tomografia Computorizada;
- Definir propostas de melhoria estratégica para o serviço de Tomografia Computorizada.

3. Enquadramento Teórico Conceptual

3.1 Acção Nuclear – Qualidade

3.1.1 Problematização da Qualidade

O conceito de qualidade na saúde remonta a Florence Nightingale, séc. XIX e a Ernest Codman, 1920 mas foi Avedis Donabedian em 1960 que melhor a definiu, como sendo assente em resultados, processos e estrutura. Ao longo do tempo foram-se acrescentando novas dimensões como a acessibilidade, a inovação, a satisfação e a segurança. A qualidade de um equipamento é fácil de medir, segundo a sua eficiência, eficácia, durabilidade e ergonomia, já a qualidade da inteligência é difícil de medir, existe a inteligência emocional, lógico – matemática, criativa e indutiva. A qualidade numa instituição de saúde é difícil pela dificuldade em estabelecer indicadores que padronizem a qualidade desejável. A qualidade de uma acção de saúde pode ser avaliado de forma diferente quer pelos diversos profissionais de saúde intervenientes, pelo administrador, pelo utente e pela família do utente.

Para o *Institute of Medicine* a qualidade em saúde deve focar os seguintes pontos, segurança, atempada, efectiva, eficiente, equitativa e centrada no doente. Estes pontos devem ser totalmente transparentes (Fragata, 2009).

Nos tempos de crise actuais, nas organizações hospitalares públicas, o esforço para atingir a Qualidade Total é redobrado, não podendo ser descurada a eficácia, eficiência, transparência, responsabilidade social/ económica e gestão do risco dos diversos serviços hospitalares.

A qualidade dos actos médicos iniciou-se na Roma Antiga há mais de 2000 anos. “Dado que o médico nos trata e nos pede dinheiro...como se estivesse a exigir um tributo...ele deveria ser colocado sob rigoroso controlo” (Nelson, 1980 citado em Pereira, 1995:5).

Sendo a qualidade da gestão determinante para enfrentar os novos desafios sócio - económicos, tecnológicos e demográficos, as organizações de saúde têm de saber gerir os interesses da instituição, o dos profissionais de saúde e o dos utentes.

Essa boa gestão pode não implicar uma melhoria instantânea e uma gestão do risco eficaz e eficiente. Deve existir uma boa relação entre estruturas,

processos e resultados já que a estrutura em que os cuidados de saúde são prestados podem influenciar os resultados (Donabedian, 1980 citado em Pereira, 1995).

Segundo o *British Standard Institute* existem características fulcrais numa gestão eficaz. Estas são haver um grau de excelência, reflectir todas falhas que ocorrem e conseguir atingir os objectivos organizacionais.

A definição de estratégias, da missão e da visão da instituição de saúde é fundamental. Sem estes objectivos definidos a organização não os irá alcançar seguramente, excepcionalmente por mero acaso das diversas actividades que se realizam.

O planeamento terá como indicadores a "explicação clara e com entusiasmo da missão e objectivos claros da organização, integração das expectativas dos profissionais e dos consumidores, envolvimento dos profissionais de todas as áreas e a todos os níveis da organização, integração dos recursos humanos, técnicos e financeiros necessários ao seu desenvolvimento, envolvimento dos organismos representativos da comunidade que serve e ser simples e susceptível de adaptação às circunstâncias da mudança" (Schofield e Girling, 1989 citado em Pereira, 1995:7).

A qualidade tem um papel fundamental na área da Radiologia. A complexidade das tecnologias utilizadas aumenta a possibilidade de risco.

Qualquer implementação de um sistema de qualidade deve ter quatro fases, o planeamento, o agir, a verificação e a acção.

O planeamento deve analisar todos os problemas que se pretendam resolver e criar um plano para a sua resolução.

O agir passa por desenvolver e realizar o plano delineado anteriormente.

A verificação é a fase que analisa se o plano teve bons resultados ou se é necessário proceder a alguma alteração.

A acção decide se o plano é o correcto ou se é necessário alterá-lo em parte ou por completo, quer seja pelo mesmo problema ou por qualquer outro.

Os profissionais de saúde gostariam de trabalhar numa instituição clara e transparente, que os deixe ser autónomos, podendo melhorar progressivamente sem serem punidos pelos seus erros. Os serviços de saúde devem ter profissionais detentores de competências quer técnicas, quer sociais e de comunicação. Todos os riscos e erros devem ser comunicados e vistos como oportunidades de melhoria. A organização deve fomentar o espírito de equipa quer entre os profissionais de um mesmo serviço quer

entre profissionais de serviços diferentes. Todos estes factores são dinâmicos e podem evoluir de acordo com as actividades de todos os profissionais e a gestão por objectivos.

Uma estrutura organizacional deve ter como indicadores a “coerência da filosofia, princípios e formatação da estrutura com os objectivos, facilidade de integração das actividades técnicas e de gestão, encorajamento do trabalho em equipa, empenhamento na delegação efectiva de poderes e de responsabilidades, capacidade de adaptação à mudança e necessidades pessoais do gestor e clareza e capacidade para ser facilmente percebida.” (Schofield e Girling, 1989 citado em Pereira, 1995:8).

3.1.2 Da Gestão da Qualidade Total ao Desenvolvimento dos Sistemas de Qualidade numa perspectiva sustentável

Segundo Albino Lopes o conceito de “Controlo de Qualidade Total” foi criado por Feigenbaum em 1949 e definido como “um sistema eficiente para a integração do desenvolvimento de qualidade, da manutenção de qualidade e dos esforços de melhoramento de qualidade dos diversos grupos numa organização, para permitir produtos e serviços aos níveis mais económicos, que levem em conta a satisfação do consumidor” (Lopes & Capricho, 2007:29).

Os serviços de saúde são uma referência essencial e íntima da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

O conceito de qualidade total tem evoluído devido ao aumento da produção e com o objectivo de melhoria da eficiência.

Numa instituição de saúde a qualidade pode ser apreciada através dos resultados obtidos nos vários indicadores de serviço de saúde, como morbilidade, mortalidade, reinternamento, repetição de exames, falhas nos diagnósticos.

O objectivo para a qualidade deve poder ser alcançado através de acções de melhoria nos processos de actuação e em alterações estruturais. O modelo de qualidade só será eficiente se se focar na relação do profissional de saúde com o utente e na aplicação do conhecimento na prática e nas tecnologias que o profissional utiliza. Boas práticas profissionais previnem determinados riscos garantindo melhores resultados.

“A qualidade dos cuidados de saúde é um atributo objectivo, que tem que ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado. Pressupõe critérios, claros e transparentes, indicadores perceptíveis e facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações e dêem sinais claros para os *stakeholders*, para os doentes e para a sociedade em geral. Isso exige informação objectiva, transparência e *accountability*, por parte de todos os intervenientes no processo, e uma cultura de abertura e disponibilidade, não compatíveis com práticas individualistas e não escrutináveis.” (Delgado, 2009:47).

Os profissionais de saúde devem ser desafiados para o objectivo da qualidade total já que esta traz novos estímulos profissionais.

Actualmente a base de um Sistema da Qualidade numa instituição de saúde deve focalizar-se na componente clínica e na prestação e cuidados de saúde.

“A performance é avaliada não só pelos resultados finais, como pelos métodos e pelo cumprimento de expectativas – Qualidade” (Delgado, 2009:47).

A gestão da qualidade total consiste numa abordagem mais organizacional relativa à questão do problema da gestão da qualidade. É um modo ou uma filosofia baseada no princípio da melhoria contínua e integra técnicas de gestão com ferramentas da Qualidade (Silva, 2010).

Enquanto na qualidade tradicional os níveis de qualidade são aceitáveis, uma das normas é a cultura de reacção, a qualidade é vista como dispendiosa, envolvendo só alguns trabalhadores e os problemas são resolvidos individualmente na qualidade total pretendem-se zero defeitos, a norma é a prevenção, um dos propósitos da qualidade é reduzir custos, envolvendo todos os trabalhadores, os problemas são resolvidos em equipas.

Juran inclui no conceito de qualidade dois requisitos básicos como as características do produto e a ausência de defeitos.

Ishikawa, referindo-se ao conceito de qualidade, diz que em cada fabricante ou consumidor existe subjectividade relativamente às características fundamentais, que possam expressar qualidade de um produto ou serviço (Lopes & Capricho, 2007).

3.1.3. Cultura Organizacional em busca da melhoria contínua da Qualidade

As organizações actuais, em prol do desenvolvimento qualitativo, com o intuito de criar riqueza e melhorar a qualidade de vida procuram novas práticas de filosofia de gestão, permitindo uma melhoria contínua e sustentada das suas actuações, assegurando o seu desenvolvimento e crescimento a longo prazo.

O novo paradigma de gestão vê nas pessoas a fonte de criação de riqueza, já que é tanto nos conhecimentos dos clientes e dos profissionais que a qualidade dos produtos, dos serviços, da produtividade e de competitividade se garante a longo prazo.

As organizações, actualmente, têm de se adaptar às mudanças permanentes, alterando a sua estrutura e cultura organizacional com diferentes estratégias, adoptando filosofias de gestão de melhoria de qualidade total (Lopes *et al.*, 1988 citado em Lopes & Capricho, 2007).

Para surgir uma nova cultura organizacional deve haver as seguintes condições: efectuar-se um diagnóstico com base nos novos valores, os líderes devem estar empenhados na mudança, os problemas devem ser discutidos e resolvidos em equipa e é essencial existir uma metodologia de avaliação de desempenho.

A cultura organizacional deve ser vista como um conjunto de elementos, tais como: "regras e políticas, objectivos e avaliação, hábitos e normas, formação e cerimónias, eventos e comportamentos de gestão, remunerações e recompensas, comunicações, ambiente físico, estrutura organizacional, ..."

De modo a individualizar culturalmente determinadas organizações estes elementos devem interagir entre si, diária e colectivamente (Lopes & Capricho, 2007:171).

Se virmos a qualidade total como sinónimo de eficácia, adequação de recursos com um sistema aberto, criativo e inteligente consideramos a qualidade total como a essência de actividade organizacional do futuro e o impulsionador de mudança nas organizações.

3.1.4 Implementação de um modelo de qualidade

3.1.4.1 Modelo de Excelência da EFQM

A *European Foundation for Quality Management* é uma fundação sem fins lucrativos, fundada em 1988. Inicialmente eram catorze empresas, de várias áreas de negócio. Tinham o objectivo de ser uma força dinamizadora nos valores da qualidade e pretendiam transmitir às organizações o trilho para a Excelência e a Sustentabilidade. Tem como missão contribuir para a boa gestão dos sistemas de qualidade das organizações em cada país, desenvolvendo um intercâmbio de ideias entre elas.

O lançamento desta rede de gestão, actualmente tem mais de 800 membros, constituídos por grandes, médias e pequenas empresas em mais de 38 países. Este modelo resultou da necessidade de desenvolver uma estrutura europeia para a melhoria da qualidade, na linha do Modelo *Malcolm Bridge*, nos EUA, e do Prémio *Deming*, no Japão. Qualquer destes modelos demonstrou melhorar a qualidade dos serviços nas instituições que os utilizavam. (<http://www.solvay.pt/policyandstrategy/tqm/efqm/0,,1201-5-0,00.htm>)

O Modelo de Excelência *European Foundation for Quality Management* (EFQM) foi introduzido na Europa em 1991, destina-se a facilitar a auto-avaliação da qualidade organizacional e constituir a base de apreciação das candidaturas ao *European Quality Award* (EQA) – Galardão Europeu da Qualidade, em Portugal serve de base à atribuição do Prémio de Excelência (PEX), correspondente ao EQA, no âmbito do Sistema Português da Qualidade.

A EFQM seguiu a sua Visão de ajudar a tornar as organizações europeias fortes, praticando os princípios da Gestão da Qualidade Total (GQT) na maneira como realizam os seus negócios e como se relacionam com os seus empregados, accionistas, clientes e sociedade.

A modernização e a busca da eficácia e da eficiência na Administração Pública tem vindo a intentar programas de reestruturação e modernização administrativa, como a implementação de novos sistemas de gestão, que harmonizem a verificação do cumprimento da lei, a avaliação do desempenho e das competências, a gestão da qualidade e a melhoria nos serviços públicos

hospitalares. Deste modo, surgem ferramentas de gestão e auto-avaliação nas instituições que utilizam por alicerce o modelo *European Foundation for Quality Management*.

Os cidadãos têm necessidades implícitas e explícitas que o sistema de saúde deve corresponder com uma gestão rigorosa de recursos, definindo, actualizando e anunciando a missão, visão, valores pretendendo atingir objectivos consoante a estratégia definida. Os instrumentos utilizados devem fomentar os pontos fortes, sabendo gerir o erro e o risco (Louro, 2009).

Nos tempos de crise actuais, nas organizações hospitalares públicas, o esforço para atingir a Qualidade Total é redobrado, não podendo ser descurada a eficácia, eficiência, transparência, responsabilidade social/ económica e gestão do risco dos diversos serviços hospitalares. O modelo *European Foundation for Quality Management* tem em conta todos estes aspectos (Staes & Thijs).

O Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* possibilita o progresso das organizações utilizando a auto-avaliação, de forma a executar as diversas opções estratégicas. Este modelo assenta em vários pressupostos entre os quais a necessidade de colaborar com todos os intervenientes: clientes, colaboradores, fornecedores, accionistas e a própria sociedade.

Este modelo, de acordo com Tejedor et al. (2008), obtém uma maior satisfação por parte de quem o implementa, pois permite a auto-avaliação baseada num conjunto de critérios que facilitam a avaliação externa e por conseguinte efectivar práticas de benchmarking. Mas também possui determinadas lacunas, por se basear no conceito de qualidade e na melhoria dos procedimentos específicos e não ao nível das melhorias operacionais. Também utiliza um conjunto muito vasto de indicadores o que dificulta o seu controlo, não protege as relações causa - efeito entre os indicadores e analisa a qualidade de um ponto de vista geral (Louro, 2009).

3.1.4.2. Avaliação da Excelência segundo o modelo *European Foundation for Quality Management*

Este Modelo é constituído por um conjunto de 5 critérios "Factores" (como se faz) – Liderança, Política e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos, Processos – e 4 critérios "Resultados" (o que se alcança) – Resultados dos

Clientes, das Pessoas, da Sociedade e Resultados Chave de Desempenho. Cada critério é ainda subdividido em vários sub critérios, num total de 32 para o conjunto do Modelo.

A avaliação do desempenho da organização seja ela por auto-avaliação ou por uma entidade avaliadora como a *European Foundation for Quality Management*, segundo este Modelo, faz-se comparando a realidade da empresa com o que está instituído neste Modelo.

Como resultado dessa comparação, é atribuído a cada sub critério uma determinada pontuação entre 0 e 100%.

A pontuação final estabelece o nível de Excelência em que se encontra a instituição é o resultado do conjunto de pontuações dos sub critérios afectado pela ponderação do peso relativo dos critérios a que pertencem (Figura 1).

Toda a avaliação é realizada por uma equipa multidisciplinar de profissionais devidamente formados e experientes na aplicação do Modelo.

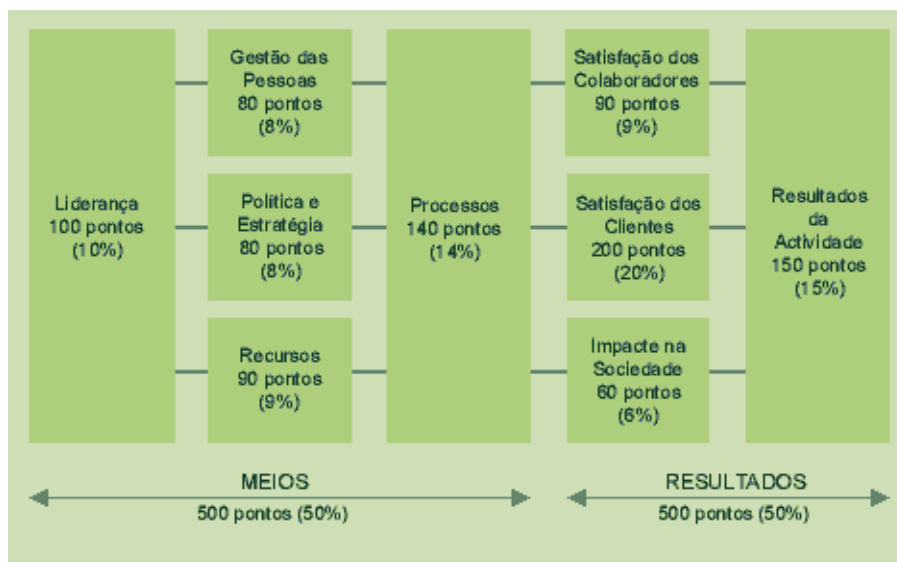
Figura 1. Representação esquemática do modelo EFQM – Critérios e respectiva pontuação.



Fonte: EFQM, 2011

Este modelo já sofreu alterações e em 1998 foi alterado para o esquema seguinte (Figura 2):

Figura 2. Representação esquemática do modelo EFQM em 1998



Fonte: IPQ, 2011

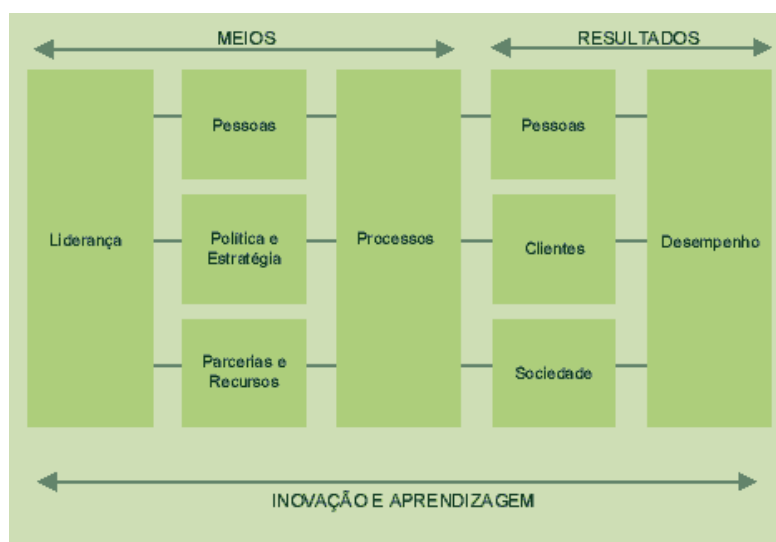
Em cada subcritério, equipas multidisciplinares de auto-avaliação, procedem à identificação dos pontos fortes e de áreas de melhoria da instituição, para depois ser definida uma pontuação final, de acordo com grelhas de avaliação do próprio modelo. Da ponderação destes resultados parcelares decorre a obtenção de valores finais para cada um dos 9 critérios (5 de meios e 4 de resultados), e de uma pontuação global (entre 0 e 1000) que quantifica o nível agregado de Excelência alcançado.

A presença da Inovação, neste modelo, é parte integrante desta filosofia de Gestão pela Qualidade Total, encontra-se circunscrita em vários aspectos. A melhoria contínua é a principal razão de ser e um dos objectivos de aplicação do modelo na auto-avaliação das organizações. Vários subcritérios fazem referência, de forma directa ou indirecta a aspectos relacionados com a Inovação, incidindo um deles sobre o modo "como são aperfeiçoados os processos recorrendo à Inovação e à criatividade". As grelhas de avaliação requerem a existência de ciclos de progresso atribuindo níveis de pontuação de Excelência. No que diz respeito aos meios, obrigam à prática sistemática de revisão, reavaliação e melhoria no modo como as actividades são

desenvolvidas, para além da empresa dever deter as melhores práticas que possam servir de modelo a outras entidades. Analogamente, nos resultados, a atribuição de pontuações elevada pressupõe que a organização mostre possuir evoluções positivas e/ou excelente desempenho continuado de indicadores nos 3 a 5 anos antecedentes, e que estes se comparem positivamente face a outras empresas, afirmando-se como a melhor do seu ramo em muitas áreas de actividade.

Apesar dos aspectos já retratados no actual modelo da *European Foundation for Quality Management*, foi apresentada em Abril de 1999 uma nova versão do mesmo, a vigorar a partir do ano 2000. (Figura 3)

Figura 3. A nova versão do Modelo de Excelência da EFQM (1999)



(Fonte: EFQM, 2011)

A necessidade da revisão veio dar maior visibilidade e ênfase à gestão do conhecimento, à criação de uma cultura de aprendizagem organizacional e à Inovação enquanto factores chave da competitividade. Através do aparecimento explícito da Inovação e Aprendizagem como vectores horizontais essenciais à arquitectura geral do próprio modelo, ilustrada na figura 3. Esse facto surgiu no pressuposto de que uma análise cuidada dos resultados deve conduzir à revisão, aprendizagem e Inovação e do modo como são aplicados e geridos os meios. Intensificando a importância de parcerias, as quais desempenham um papel fulcral na Inovação e reforçando a presença de ciclos de melhoria, baseados na avaliação e revisão de abordagens, elementos centrais de todo o processo de auto-avaliação das

organizações.

(http://www.spi.pt/documents/books/inovint/iq/conteudo_integral/acesso_conteudo_integral/capitulo6_texto/capitulo6_4_texto/acc6_4_texto_apresentacao.htm)

3.1.4.3 Implementação do modelo EFQM num serviço de Tomografia Computorizada

Nas instituições de saúde o *European Foundation for Quality Management* actua com diferentes instrumentos de avaliação consoante os procedimentos e de acordo com as boas práticas institucionais alusivas à transparência, responsabilidade social e económica, ao erro e à gestão de risco. Estes procedimentos relativos à implementação do *European Foundation for Quality Management* deverão ser proactivas.

Com a efectuação do *European Foundation for Quality Management* a modificação de todo o ambiente organizacional poderá ser necessária. Primeiramente tem de se discutir e identificar o plano estratégico nos diversos serviços hospitalares afectados por este modelo de qualidade tentando prever o impacto organizacional. É essencial que todos os profissionais estejam envolvidos em todas as fases do processo, esclarecendo os indicadores e facultando as mudanças necessárias na implementação do *European Foundation for Quality Management*.

O plano estratégico deverá ser anual e ter em consideração o número de acções aspiradas para a implementação do modelo de qualidade *European Foundation for Quality Management*.

Os profissionais, de todos os níveis institucionais, envolvidos neste processo devem estar bem clarificados, provocados e incitados para todo o processo decorrer com motivação e com óptimos desempenhos e terem o impacto desejado na instituição hospitalar (Lathouwers & Lynen).

A implementação do modelo *European Foundation for Quality Management* deverá facilitar a transição entre diferentes métodos e processos de gestão da qualidade, o atingir das metas e dos objectivos do serviço de Tomografia Computorizada, acrescentar valor e melhorar todas as operações do serviço de Tomografia Computorizada. Através de uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria de eficácia dos processos de gestão de

risco, controlo e governação clínica em todos os domínios referentes ao serviço de Tomografia Computorizada.

O serviço de Tomografia Computorizada deve identificar e avaliar as exposições significativas ao risco, estabelecendo controlos efectivos e propondo recomendações para a melhoria do processo de gestão do risco.

A avaliação do risco nesta organização, constituirá elemento preponderante na definição do plano de actividades de Auditoria Interna, nomeadamente, na determinação de prioridades das acções de auditoria interna, de modo a incidir em áreas onde haja mais exposição aos riscos e que possam afectar a organização. No estabelecimento das prioridades de auditoria interna deverão incluir a avaliação actualizada dos riscos e eficácia da gestão do risco e processo de controlo.

3.2 Gestão do Risco

3.2.1 Definir o risco

Parsloe (1999) diz "o risco está estreitamente ligado à perigosidade, resultando em dano. A questão aqui está em definir-se perigosidade, em que parece haver acordo de querer significar dano ao próprio ou a outros, mas até que ponto o dano pode constituir um risco em várias situações e com tipos diferentes de pessoas."

Todas as unidades de saúde enfrentam inúmeros riscos. A avaliação do risco consiste em reconhecer e antever a ocorrência de uma situação potencialmente perigosa. A gestão do risco consiste em desenvolver passos razoáveis para evitar o risco, reduzindo a possibilidade do risco ocorrer ou aceitar as consequências do risco (Martin & Henderson, 2001:271).

Os riscos podem incluir a segurança física dos edifícios, em termos de construção, os veículos, os equipamentos e materiais tais como medicamentos, agulhas, electricidade de alta tensão, fontes radioactivas, lixos clínicos e outras substâncias que são perigosas para a saúde, incluindo os químicos voláteis ou que se podem deteriorar.

Riscos para as pessoas podem ser riscos inerentes do trabalho e às práticas de trabalho da organização (riscos físicos de trabalho pesado ou riscos de trabalhar por turnos).

Existem factos contributivos que podem conduzir a que uma situação relativamente normal se transforme numa situação perigosa como a ignorância (desconhecimento da existência do perigo ou do tipo de perigo), a incapacidade (avaliação fraca ou perda da capacidade para actuar, talvez associada a cansaço, stress ou erro), o acreditar que não se pode fazer nada (os perigos não foram identificados ou minimizados), a falta de vigilância e a falta de apoio de colegas ou utentes (Martin & Henderson, 2001).

3.2.2 Gerir o risco

A segurança dos utentes é uma prioridade máxima, sendo um paradigma da qualidade nos serviços de saúde. Utes, ambiente de trabalho, tecnologias diversas e um ambiente exigente tanto nos processos como nos resultados tornam as funções numa instituição de saúde complicadas, inconstantes e plena de riscos.

“A gestão de risco clínico (GRC) corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A GRC tem como duplo objectivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando)” (Fragata, 2009:75).

A complexidade do caso, dos processos de cura, o número de intervenientes, as tecnologias utilizadas, torna o risco maior. A minimização do risco e do erro consistirá no desempenho individual, da equipa e da própria instituição. Se os danos ocorrerem é necessário lidar com o facto profissionalmente e socialmente.

“Risco e performance devem ser controlados, como meio para promover a qualidade e a segurança – Gestão de Risco.” (Fragata, 2009:77).

“A GRC ocupa-se precisamente de otimizar a dificuldade e a performance, de modo a minimizar o risco e a recuperar os danos.” (Fragata, 2009:79).

A segurança é a dimensão chave e diferenciadora do séc. XXI.

Segundo José Fragata o risco é determinado por condicionantes tais como a complexidade do doente, a complexidade da tarefa, a performance (Humana, da equipa e da organização e do sistema) e o acaso. Cada condicionante depende dos factores ditos anteriormente, quer isoladamente, quer por causas múltiplas.

A teoria do queijo suíço de James Reason indica que a maior parte dos sistemas tem causas múltiplas, sendo assim o sistema tem buracos de segurança, designadas falhas passivas, por si só estas não causam acidentes mas criam oportunidades quando alinhadas com outros buracos de segurança designados de falhas activas, quer sejam falhas individuais ou de equipa. Quanto maior a propensão para o acidente mais fácil será que os actos humanos completem a trajectória do acidente, especialmente quando não existem sistemas de defesa.

A organização pode limitar o número de falhas activas e, assim de acidentes, tornando as condições de trabalho mais isentas de erro naturais. James Reason não acredita em maus funcionários mas em organizações pouco seguras.

Os acidentes podem fornecer oportunidades únicas para se poder aprender e evoluir com os erros, devendo ser, por isso, reportados e analisados. A descrição do acidente deve ser voluntária, anónima, despenalizadora e com o intuito de aprendizagem e de registo.

Esta metodologia deve ser abrangida por toda a equipa, centrada no sistema da organização e não deve ser perseguidora para as pessoas. Deve existir uma cultura de aprendizagem com os erros e também de responsabilização com punição para erros por negligência e sem culpabilização para os erros honestos.

As normas e a existência de protocolos de actuação são essenciais para a segurança. Estes devem ser simples, resumidos e não devem limitar as actividades profissionais. Devem sim orientar procedimentos, especialmente se nestes actuam inúmeros profissionais e ocorrem muitos procedimentos. O controlo de procedimentos deve reconhecer a limitação de memória humana, introduz a verificação e a rotulação de procedimentos e deve culminar em conferências com os profissionais de saúde envolvidos (Fragata, 2009).

3.2.3. Avaliar o risco

No âmbito de auditoria de conformidade (controlo interno) deverão ser avaliados os riscos, associados a objectivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos. Os riscos deverão ser avaliados quanto ao risco inerente e risco residual.

Na instituição hospitalar em estudo o sistema de gestão de risco foi iniciado em Janeiro de 2011. Este sistema foi construído de acordo com as instruções publicadas no sítio da DGS na área do departamento de Qualidade na Saúde: "O sistema de Registo e Notificação de Incidentes e Eventos adversos que se está a implementar é estruturado com base nas recomendações da OMS, abrange todos os níveis e áreas de prestação de cuidados, e tem como objectivo dotar os profissionais de uma ferramenta para a notificação, de forma anónima e não punitiva, de incidentes de segurança que possam ocorrer no Sistema de Saúde, mediante a compilação e análise dos dados necessários para conhecer de forma rotineira os problemas da segurança no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, porque ocorrem e assegurar que as estratégias de prevenção adequadas são desenvolvidas. (Circular Informativa Nº 196/ 10, 23/12/2010, Hospital de Faro E.P.E.)

Com este projecto estaremos mais sensibilizados para que os factores de risco possam ser controlados. Este projecto envolve todos os profissionais, pois procuramos a Qualidade em tudo o que fazemos." (Manual de auditoria interna do Hospital de Faro E.P.E., 2011)

A gestão de qualquer organização de saúde tem um certo grau de complexidade devido às peculiaridades e especificidades dos desempenhos efectuados e esperados. Sendo assim, a qualidade, a eficácia, a eficiência e a avaliação de desempenho são sempre temas prioritários. A avaliação de desempenho, seguindo a trilogia de Donabedian, estrutura, processos e resultados, a avaliação de desempenho está na óptica dos resultados. Mas, em qualquer perspectiva é necessário ocorrer o ajustamento pelo risco. Este pretende avaliar qualquer actividade das instituições de saúde, medindo as características dos utentes que podem influenciar os resultados. Os indicadores destes resultados podem ser as complicações, as readmissões e a mortalidade. Relativamente aos indicadores relativos à eficiência técnica serão os custos e o tempo de espera médios.

Para se poder medir o risco é necessário definir os materiais para recolher informação e em que momentos deve ser distribuída essa mesma informação. O ajustamento pelo risco tem o propósito de controlar os factores dos utentes em determinada instituição de saúde podendo estes influenciar os resultados positivos ou negativos.

O risco pode implicar inúmeras situações, poderá ser desde o recurso a técnicas ou materiais impróprios até à existência de complicações, passando pela segurança e satisfação dos utentes.

Os factores de risco são "idade, sexo, estado fisiológico do doente, diagnóstico principal, dimensão e gravidade das comorbilidades, situação/ estado (*status*) funcional, situação psicológica e cognitiva dos doentes, atributos culturais, éticos e sócio -económicos e atitudes e preferências dos consumidores" (Costa, 2005:10).

A idade não depende dos cuidados de saúde prestados, é um factor de risco já que maior idade implica maior probabilidade de se desenvolverem patologias e o risco de morte.

Em certas patologias o género é um factor de risco, devido às diferenças morfológicas, fisiológicas e hormonais.

O estado fisiológico do doente pode reflectir o seu estado geral de saúde em termos do seu equilíbrio.

O diagnóstico principal é uma hipótese relativa à natureza da doença, ao seu tratamento e à recuperação do doente. Nestes casos o diagnóstico condiciona o tipo de tratamentos, de exames complementares de diagnóstico, de medicamentos utilizados, o que implica em maiores possibilidades de situações de risco para o utente.

As comorbilidades são a ocorrência de outros diagnósticos além do diagnóstico principal, elas podem-se só manifestar aquando o internamento do utente. São indicadores válidos de previsão de mortalidade a curto, médio e longo prazo.

A situação funcional é por exemplo a existência de anomalias congénitas ou doenças neurológicas que podem potenciar a mortalidade. A situação funcional também pode resultar da ausência de doença, na capacidade de actividade do indivíduo e na capacidade para resolver as suas enfermidades.

Todos os outros factores de risco também são considerados para encontrar a probabilidade de morte (Costa, 2005).

3.2.4. Riscos inerentes a um Serviço de Radiologia (Tomografia Computorizada)

Em qualquer serviço de Radiologia quer-se atingir o máximo de qualidade, implicando esta pretensão que o utente seja sujeito ao mínimo risco possível.

Para atingir este propósito deve-se identificar os erros, as falhas e as suas origens. A gestão do risco deve ser proactiva e a relação benefício/ risco tem de ser bem analisada quer para os utentes quer para os profissionais de saúde.

O risco pode ser definido como uma oportunidade ou possibilidade de ocorrer algum perigo ou dano.

A gestão do risco deve permitir identificar, quantificar e avaliar o risco de forma a diminuí-lo ou eliminá-lo.

Numa instituição de saúde os gestores e coordenadores têm uma responsabilidade acrescida em fornecer quer informações quer equipamentos para que a prática ocorra com satisfação profissional e com o menor risco possível. Particularmente nos serviços de Imagiologia em que a qualidade dos equipamentos e o *Know - How* dos profissionais de saúde tem um maior reflexo na qualidade dos exames e subsequentemente dos relatórios. O radiologista não pode ser responsável pelos erros que advêm de uma má gestão ou de um mau investimento por parte da administração hospitalar em termos de profissionais e de equipamentos.

Em termos de risco para o paciente, estes devem ser identificados e avaliados de forma a serem reduzidos ou eliminados. Para isso, os limites do radiodiagnóstico devem ser conhecidos, devem-se criar protocolos apropriados de segurança relativamente às possíveis complicações que possam advir dos diferentes exames, assegurar a qualidade dos exames com a máxima precisão, aprender com os erros e monitorizar os incidentes e as falhas significativas, partilhar conhecimentos e investir em bons equipamentos e em profissionais qualificados.

Os erros que se cometem numa organização de saúde podem ser de diferentes causas, um erro improvável e inesperado que cause em dano para o utente, um trabalho de rotina durante demasiado tempo que provoque insatisfação por parte de quem o realiza, falta de competências dos profissionais de saúde e condutas impróprias.

A gestão do risco é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde e o conhecimento de todos os processos é essencial.

Relativamente aos erros existem de vários tipos, podem ser perceptuais, cognitivos, falsos positivos ou falsos negativos. Os erros perceptuais ocorrem quando as características das imagens não são as correctas. Os erros cognitivos ocorrem quando a imagem pode levar a conclusões erradas. Um estudo falso positivo pode ser subdividido entre a interpretação de

características patológicas normais ou variantes da normal. Um falso negativo pode ser que uma patologia esteja presente sem ser vista num determinado exame, devido ao exame ser inadequado ou a falhas técnicas.

Os erros falsos positivos ou os cognitivos estão mais relacionados com as competências dos profissionais do que com factores externos, no entanto podem ser devido a desconhecimento de determinados dados clínicos ou de não estarem disponíveis exames anteriores.

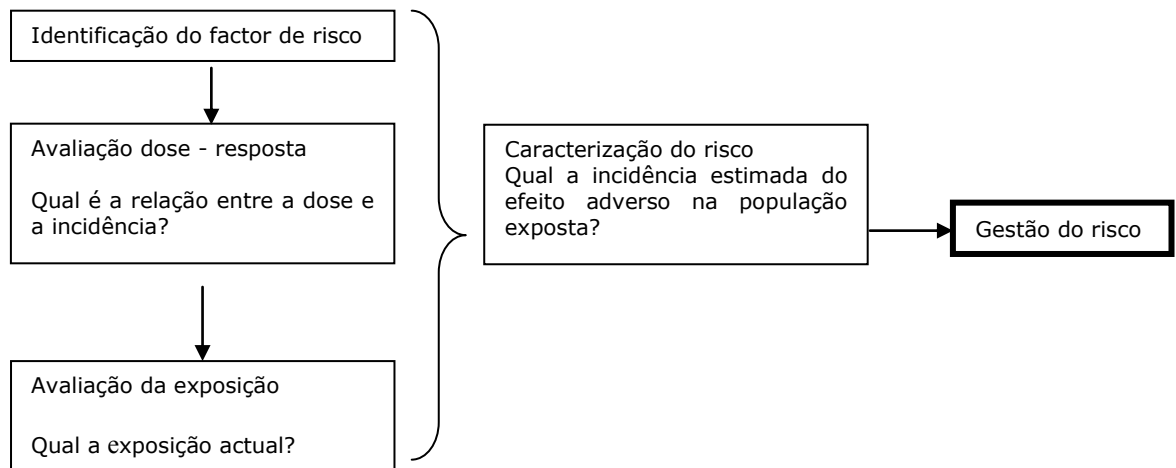
As falhas de comunicação são um importante motivo de muitos acidentes na radiologia. Podem-se realizar exames errados nalguns utentes ou então determinados exames serem enviados com o nome de outro utente.

Podem haver informações clínicas insuficientes nas requisições dos diferentes exames o que pode levar à realização de exames errados o que levam a uma maior dose de radiação aos utentes, com uma particular atenção às crianças (Radiology, 2004).

O conceito de exposição ao risco de qualquer profissão está relacionado com a dose de exposição e a intensidade desse mesmo risco. Qualquer profissional de saúde está exposto a muitos tipos de risco. A saúde e a segurança dos profissionais devem ser estudadas e os factores de risco devem-se conhecer de forma a se poderem prevenir.

A OMS desenvolveu um modelo conceptual referente à prestação de cuidados de saúde e segurança centrado na promoção da saúde, na sua protecção e na preservação de todas as capacidades de trabalho (Uva, 2006).

Os factores de risco são inúmeros e diversos. Usualmente são classificados em factores psicossociais, físicos, químicos, biológicos e ergonómicos. A prevenção de todos os factores de risco implica o diagnóstico de todas as situações de risco e delinear as estratégias respectivas para gerir e eliminar esses mesmos riscos (Boyle, 2002 citado em Uva, 2006:8).



(Adaptado de NRS. National Research Council, 1994) cit in (Uva, 2006).

Todas as instituições de saúde são bastante complexas quer pelo seu papel na sociedade quer pelas inúmeras tarefas realizadas ou pelo número de profissionais de diferentes áreas. Por todos esses factos os riscos referentes às organizações de saúde ou a outro tipo de organizações são maiores e mais complexos.

Todas as intervenções na área da saúde são designadas para o benefício dos utentes mas também podem causar danos. Todas as tecnologias recorridas, todos os processos e todas as interações humanas numa organização de saúde são complicadas envolvendo a probabilidade de ocorrerem erros em situações de risco.

Os riscos para os pacientes incluem lesões músculo - esqueléticas, por agentes biológico, por substâncias químicas, equipamentos de rádio - diagnóstico, mudança de turnos, ritmo exigido de trabalho, turnos nocturnos, agressividade por parte dos utentes e acidentes de trabalho.

Relativamente aos riscos que possam advir de equipamentos de rádio - diagnóstico, a exposição a qualquer dose de exposição deve ser bem fundamentada e o seu uso deve ser optimizado e com uma dose de radiação limitada ao menor risco possível.

A fundamentação deve demonstrar que o utente vai ter algum tipo de benefício depois de ser exposto a radiação ionizante. Para optimização da dose deve-se ter em conta o princípio ALARA (*as low as reasonable achievable*) o que significa que a dose deve ser a mais baixa possível. A limitação da dose diz respeito a colocar limites diários ou consoantes os tratamentos em que cada utente poderá estar exposto durante um longo período de tempo.

A utilização de equipamentos de Tomografia Computorizada (TC) está-se a tornar rotineira devido às vantagens que estes equipamentos trouxeram em termos de rádio – diagnóstico. Com as imagens produzidas, em tempos reais, com uma acuidade óptima, é possível realizarem-se procedimentos de intervenção. A contrapartida são as doses de radiação ionizante serem muito altas e, muitas vezes, numa extensão do corpo do utente muito grande. Nestes exames a sua justificação e optimização devem ser muito rigorosas. Prevenir os erros e melhorar a segurança dos utentes é essencial para modificar os factores causadores de erros. Os profissionais de uma organização de saúde devem ter mais formação e ser mais dedicadas do que em qualquer outro tipo de organização. Os problemas nunca se devem a maus funcionários mas sim a um mau sistema que deve ser mais seguro (Golnik, 2006).

3.3 Os actores como chave nas organizações de saúde

3.3.1 Os recursos humanos como variável estratégica no desenvolvimento da qualidade total

A globalização das organizações contribuiu para que as pessoas de uma organização deixassem de ser encaradas como mais um factor na produção para serem vistas como um recurso que merece investimento. Os funcionários são actores com estratégias próprias em que a estratégia organizacional se adapta aos recursos humanos.

Segundo Quinn (1996) e Ishikawa (1995) os valores primordiais numa organização são a cooperação, a confiança, a abertura e a cultura organizacional, facilitando o trabalho em equipa. Estes valores são difíceis de suportar numa organização com hierarquias rígidas.

As estratégias da qualidade numa instituição devem incluir a gestão de recursos humanos, de forma a adequar, com eficiência e eficácia as incertezas do meio envolvente.

Os recursos humanos nem sempre foram considerados um recurso estratégico. Quando os mercados eram estáveis e o futuro será fácil de prever, em quase todas as organizações a antiguidade e a segurança eram mais importantes do que a formação (Lopes & Capricho, 2007).

Nas organizações de saúde são inúmeros os actores intervenientes, com interesses e motivações e papéis diferentes. Cada actor possui conceitos de qualidade distintos, dependendo do seu lugar na organização. (Brook; McGlynn, 1996) *cit in* (Sousa, 2010).

Os profissionais de saúde caracterizam a qualidade em termos dos atributos e resultados efectivos dos cuidados prestados aos utentes. Os financiadores e gestores focalizam-se em termos da globalização do desempenho organizacional. Os utentes abonam os aspectos relacionais, decorrentes do contacto da organização e dos profissionais e a acessibilidade entre as suas expectativas e os resultados cuidados recebidos. (Bowers; Swan; Koehler) *cit in* (Sousa, 2010).

Os serviços de saúde são cada vez mais visíveis e com maior importância. Os cidadãos estão preocupados com a sua própria saúde e com os cuidados que podem receber nas instituições de saúde.

Este processo deve ser construtivo e relevante para todos os actores, como utentes, prestadores, gestores, financiadores e políticos, no desenvolvimento de um sistema de qualidade. (Eiriz e Figueiredo, 2004) *cit in* (Revez & Silva, 2010).

4. Metodologia

O estudo das organizações pela análise prospectiva

De acordo com as questões colocadas neste estudo e com uma análise prospectiva, pretende-se neste capítulo justificar a metodologia escolhida.

Numa área como a da saúde esta metodologia ainda não foi aplicada em muitos casos, o que torna este estudo um desafio. Além disso como se pretende analisar um modelo de qualidade que ainda não foi implementado e criar um plano de intervenção para tal torna esta metodologia a mais aplicável neste caso.

Iremos discutir o que é análise estratégica/ prospectiva e o método dos cenários de Godet, base fundamental desta investigação.

4.1 Análise Estratégica /Prospectiva

Todas as organizações assumem um conjunto de premissas sobre o seu negócio, os seus objectivos e os resultados esperados. A estratégia permite à organização perceber e aplicar as oportunidades no momento certo (Drucker P. , 2000).

Elaborar a estratégia da organização é seleccionar os domínios de actividade que a organização possa ter e aproveitar os recursos de forma sustentável ao seu desenvolvimento (Jordão, 2000).

A prospectiva tem como objectivo reduzir as incertezas para se tomarem decisões que conduzam aos resultados futuros desejados.

A prospectiva veio substituir a previsão. A prospectiva vislumbra um futuro diferente do passado e a previsão constrói um futuro à imagem do passado. Sendo assim, prever as mudanças é mais importante do que encontrar soluções já utilizadas em problemas anteriores, já que os problemas se transformam mais depressa do que se encontram resoluções (Godet, 1993).

A atitude prospectiva não é esperar pela mudança para reagir, mas controlar a mudança no duplo sentido, preparando-se para uma mudança esperada ou provocando uma mudança desejada (Cristo, 2002).

Na prospectiva estratégica o mais importante é o processo e não o resultado final. É nele que se obterão consentimentos sobre o futuro da organização ou do serviço estudado.

A utilidade do estudo prospectivo prolonga-se no tempo, ao longo dos anos a realidade é confrontada com as hipóteses pressupostas pelos cenários (Godet, 1993).

Para Michel Godet, a Prospectiva e a Estratégia são inerentes e apesar de o autor referir a sua ligação são duas entidades distintas. Existe o tempo de antecipação, prospectando mudanças praticáveis e ambicionáveis e o tempo de preparação da acção, ou seja, a elaboração e avaliação das opções estratégicas possíveis para a organização, provocando as mudanças desejadas.

A Prospectiva Estratégica prefere a antecipação à acção, continuando a difundir-se nas organizações.

Os anos 80 e 90 foram assinalados pelo desenvolvimento do planeamento estratégico baseado em cenários, nomeadamente em empresas do sector energético como a Shell, a EDF ou a Elf (Dias, 2000).

4.2 Método dos cenários – da antecipação à acção por Michel Godet

O Método dos Cenários tem como principal objectivo reduzir a discrepância entre actores e estratégias.

Um cenário pode não ser a realidade futura mas uma maneira de a representar. Os cenários são credíveis e úteis se assumirem quatro características: a pertinência, a coerência, a verosimilhança e a transparência. Os cenários dependem da visão da organização e as estratégias dependem das atitudes para encarar os futuros possíveis.

Para se desenvolver o planeamento estratégico desde a prospectiva ocorrem algumas fases.

A primeira fase é a construção da base, na qual se cria uma representação do estado actual do sistema constituído pelo fenómeno que se pretende estudar, da qual se poderá desenvolver o estudo prospectivo.

A segunda fase é a elaboração de cenários, que visa confrontar os projectos e as estratégias dos actores.

A terceira fase quantifica os cenários através de modelos de previsão. Esta quantificação é necessária para verificar a utilidade dos cenários, bem como para verificar a coerência destes. Ao terminar esta fase é importante sintetizar as fases anteriores de modo a verificar o que é exequível, concretizável ou desejável, e em que circunstâncias. Assumindo os objectivos associados aos desafios do futuro, os actores estarão aptos a assumir as suas opções estratégicas.

A partir das acções anteriores constroem-se estratégias para que as consequências das opções não possam ir contra os objectivos apontados, mas que os atinjam. Que as estratégias sejam coerentes e que as acções para serem desenvolvidas sejam relacionadas com o ambiente externo e interno (Godet, 1993).

Para a construção dos cenários devem existir os seguintes passos:

- Identificar as variáveis – chave;
- Colocar as questões – chave para o futuro;
- Reduzir a incerteza sobre as questões – chave e definir os cenários mais prováveis.

A transição da reflexão prospectiva à acção estratégica supõe uma apropriação pelos actores a que diz respeito. Os profissionais e os quadros dirigentes devem ser envolvidos em todas as etapas. Para conseguir a passagem à prática, da reflexão à acção, é preciso passar pela apropriação: reencontramos aqui as três componentes do triângulo grego (Dias, 2000).

Tem por etapas a construção de base e a construção de cenários.

As etapas da construção da base são delimitação do sistema, determinação das variáveis chave através da análise estrutural. A construção de cenários passa pela construção de hipóteses, consulta a peritos, hierarquização de cenários e delimitação do sistema.

O método dos cenários destaca os elementos mais importantes para a problemática em causa. Pretende-se um maior envolvimento de todos os actores sociais para se poder estruturar o processo de tomada de decisão.

Nas outras metodologias existe o paradigma de se realizar a antevisão óptima, considerando o planeamento como nulo, menosprezando a complexidade social das instituições de saúde.

Nos anos setenta surgiram imensas teorias complexas, e, tentando ultrapassar as limitações do planeamento clássico surgiu o planeamento estratégico (Vasconcelos e Sá, 1990 citado em Perestrelo, 2000).

A prospectiva veio substituir a previsão, em que o planear reencaminha o presente para um futuro desejável, favorecendo um de entre inúmeros futuros prováveis, dependendo da estratégia preferida pelos actores. Percebendo a visão do futuro dos actores, apercebemo-nos da estratégia escolhida por eles, assim será mais fácil condicionar o presente (Godet in Hatem, Fabrice, 1993 citado em Perestrelo, 2000).

Na visão prospectiva os objectivos definidos são sempre atingíveis, sendo o mais importante, o processo que conduz a reflexão prospectiva.

O método dos cenários surgiu nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial e em França.

O grande objectivo deste método é reduzir a discrepância, organizando a apropriação de todos os actores.

Realiza-se em duas etapas, a "construção da base" e a "construção dos cenários".

Para a construção da base deve-se delimitar o sistema, posteriormente determinar as variáveis – chave da análise estrutural e construir a análise da estratégia de actores.

Para a construção dos cenários a primeira fase é construir hipóteses, posteriormente consultar peritos e por ultimo hierarquizar os cenários (Perestrelo M. , 2000).

A análise estrutural tem várias fases, a definição das variáveis, a identificação na matriz de análise estrutural e a pesquisa das variáveis – chave pelo método MICMAC (Matriz de impactos cruzados – multiplicação aplicada a uma classificação).

O método MICMAC, posteriormente à definição pelos actores das variáveis – chave, identifica as variáveis mais motrizes e mais dependentes, construindo uma matriz das variáveis directas e indirectas. Este método também permite hierarquizar as variáveis pois é um programa de multiplicação de matrizes, aplicado à matriz base, permitindo analisar a difusão dos impactos pelos caminhos e pelos elos de retroacção. A hierarquia das variáveis pode ser por ordem de motricidade ou por ordem de dependência (Godet, 1993).

A metodologia MACTOR (Actores, objectivos e relações de força) tem por objectivo "simplificar e organizar informação" (Alvarenga, 2001:105). Este método é sobretudo um método de apoio à decisão, identificando desafios, em que objectivos estratégicos, as alianças e os conflitos dos actores são delineados, delimitando as estratégias e as relações de poder.

O MACTOR pretende identificar os actores, perceber as alianças e os conflitos entre estes e os diferentes cenários, esclarecer os programas distintos, avaliar relações de força entre actores, especificando determinadas estratégias e verificando a sua implementação.

Nesta metodologia o envolvimento dos actores é fundamental para todo o processo e neste aspecto que esta metodologia se distingue de outras.

A metodologia MACTOR (Actores, Objectivos e Relações de Força) é sobretudo um método de apoio à decisão, identificando desafios e objectivos estratégicos implícitos a um determinado sistema de actores, assim como a configuração de uniões e conflitos e os casuais desenvolvimentos na estratégia e em relações de poder.

O método MACTOR compreende sete etapas:

Fase 1: desenvolvimento das estratégias dos actores

A construção deste quadro diz respeito aos actores que comandam as variáveis – chave obtidas por uma análise estrutural.

Fase 2: identificação dos desafios estratégicos e dos objectivos associados

A união dos actores em prol dos seus objectivos, projectos e meios de acção, permitem divulgar desafios estratégicos relativamente aos quais os actores poderiam ter pressupostos convergentes ou divergentes.

Fase 3: posicionamento dos actores em função dos objectivos identificando convergências e divergências

Através de uma matriz actores versus objectivos, descreve-se a atitude de cada actor, em relação a cada objectivo, indicando o seu acordo (+), desacordo (-1) ou neutralidade (0).

Fase 4: hierarquização para cada actor dos seus objectivos prioritários

Para aproximar o modelo construído da realidade, convém ter em atenção os objectivos de cada actor. Nesta fase avalia-se a intensidade do posicionamento de cada actor por uma escala específica.

Fase 5: avaliação das relações de força dos actores

Construindo-se uma matriz de influências directas entre actores a partir do quadro estratégico dos actores, valorizando os meios de acção de cada actor. As relações de força são calculadas através do software MACTOR, tendo em

conta simultaneamente as influências directas e indirectas. De seguida, constrói-se um diagrama de influência/ dependência dos actores.

Fase 6: Complementação das relações de força na análise das convergências e divergências entre actores

O objectivo desta etapa é integrar a relação de forças de cada actor na intensidade do seu posicionamento em relação aos objectivos.

A comparação entre as convergências e divergências entre actores permite observar a alteração das alianças e conflitos potenciais, tendo em conta as hierarquias dos objectivos e das relações de força entre actores.

Fase 7: desenvolvimento de recomendações estratégicas e das questões - chave para o futuro

Através dos jogos de alianças e conflitos potenciais entre actores, o método MACTOR contribui para a formulação das questões - chave da análise prospectiva e para a elaboração de recomendações estratégicas. (Alvarenga, 2001)

4.3 Desenho do estudo

Para as organizações de saúde este método é muito recente, pelo que é problemático encontrar estudos já realizados. O conceito de gestão de risco também é novo, apesar de ser uma realidade, neste momento, na maioria das instituições de saúde. Como o modelo de Qualidade do *European Foundation for Quality Management* também é recente o carácter deste estudo teve de ser exploratório.

Nas perguntas orientadoras: Qual a estratégia delineadora para a implementação do modelo de Qualidade da EFQM, num serviço de Tomografia Computorizada; Qual o grau de influência/ dependência dos actores internos e externos num serviço de Tomografia Computorizada? O objectivo é circunscrito a um terreno institucional e social exclusivo. Esta realidade será somente para este serviço.

Esta metodologia ambiciona criar contributos para adaptar a metodologia prospectiva, criando cenários, na realidade deste serviço, desta instituição.

A relevância deste estudo será contribuir com a visão de determinados actores na implementação deste modelo.

A opção metodológica é de natureza descritiva e transversal, inquirindo os actores através de um questionário prospectivo, num momento único.

4.4 Caracterização da unidade de análise

A instituição de saúde referente a este estudo tem como missão elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população satisfazendo as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados.

Tem como vectores de actuação centrais o desenvolvimento da melhoria contínua referente à motivação e ao desenvolvimento profissional dos seus funcionários, a eficiência e o equilíbrio financeiro da gestão e a contribuição para a melhoria do Sistema Nacional de Saúde cooperando e estando coordenada com outras organizações deste sistema.

A visão será ter um grau de qualidade excelente, em constante aperfeiçoamento técnico/ profissional, garantindo a satisfação total dos profissionais de saúde e dos utentes.

Nesta instituição de saúde valoriza-se o trabalho em prol dos utentes, o trabalho em equipa, os ganhos em saúde, a inovação e a gestão participativa. Esta Instituição de saúde é uma Entidade Publica Empresarial, pela publicação do Decreto-Lei nº 180/2008 de 26 de Agosto, em Diário da República, o que permite compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental, conforme estabelecido no regime jurídico do sector empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro.

A instituição de saúde é constituída pelo Serviço de Urgência, o Bloco Operatório, a Medicina Física e Reabilitação, a Anatomia Patológica, a Radiologia, a Esterilização Central, o Serviço de Sangue, o Laboratório de Análises, o Serviço de Dietética, o Serviço Social, a Central Telefónica, a Farmácia bem como a Cozinha, o Refeitório, a Lavandaria, a Capela, o Auditório, as Oficinas, os Armazéns, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e respectivos serviços de apoio, assim como o Internamento do Serviço de Pneumologia, a Administração e os restantes serviços administrativos. Possui ainda os serviços de Consultas Externas, permitindo o estudo e seguimento dos doentes referenciados pelos Centros de Saúde, pelos Serviços do Internamento e também pelo Serviço de Urgência. Está situado ainda um heliporto, no topo do edifício para dar resposta aos casos emergentes.

Apesar de esta instituição ser uma entidade pública empresarial deve estar em consonância com o ministério da saúde e deve seguir as suas recomendações. O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 descreve indicações estratégicas com o objectivo integrador e facilitador na coordenação e colaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde tanto no sector político como técnico e financeiro. O plano para 2011-2016 tenta dar sequência às actividades realizadas no plano anterior, com a visão de maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

O plano nacional de saúde tem como objectivos estratégicos a obtenção de ganhos em saúde com o desenvolvimento consensual de todos os intervenientes e actores, a utilização dos instrumentos necessários com a elaboração e discussão de estudos, pareceres e instrumentos fundamentados técnica e cientificamente através de estratégias instituídas, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados e garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma sujeição de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

Para poderem existir ganhos em saúde deve-se melhorar o conhecimento sobre a situação actual. Não sendo necessário elaborar novos planos de saúde mas sim reformular, adaptar ou efectivar os planos já existentes.

O grande público, os profissionais de saúde e as autoridades responsáveis pela saúde devem melhorar os seus conhecimentos e procurar estar informados para se poderem promover intervenções eficazes e eficientes em saúde e no desenvolvimento de indicadores apropriados.

Devem ser planificadas acções/formações, tais como: a realidade da prestação dos cuidados, a dimensão dos riscos profissionais, os resultados das acções interventivas, o diagnóstico das doenças profissionais, as consequências dos acidentes de trabalho ou as exigências ao nível de formação de técnicos e da sensibilização de trabalhadores.

De forma a incentivar o cumprimento, por parte destas instituições e serviços, das normas legais sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, garantindo a avaliação e registo actualizado dos factores de risco e a planificação das

acções conducentes ao seu efectivo controlo, bem como a existência de recursos humanos com competência e qualificação adequadas assegurar-se-á que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho. A Lei n.º 81/2009 de 21 de Agosto institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

Nesta organização está a ser implementado um sistema de gestão de risco clínico com o objectivo de compreender e evitar eventos adversos minimizando possíveis danos.

A instituição deste estudo está, actualmente, a implementar o Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management*.

O Modelo de Excelência EFQM, modelo de gestão empresarial, introduzido em 1991, permite a auto-avaliação da qualidade organizacional e a constituir a base de apreciação das candidaturas ao *European Quality Award* (EQA) – Galardão Europeu da Qualidade.

Para se adoptar um modelo de acreditação, deve-se ter em atenção os seguintes critérios, ocorrer um alinhamento com as grandes linhas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, garantir a transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o Sistema de Saúde Português, avaliação por profissionais da saúde nacionais e possibilidade de alargamento a outras áreas de acreditação em saúde e assegurar a sustentabilidade económica, de forma a permitir a adopção generalizada do modelo de acreditação escolhido.

A nível tecnológico a instituição em causa sofreu uma grande evolução, em particular o serviço de Tomografia Computorizada. Antes de 2003 tinha um aparelho de Tomografia Computorizada (TC) com aquisição corte a corte, o que torna a realização dos exames muito prolongada e dispendiosa, além de o risco para o paciente, em termos de radiação ionizante, ser maior.

“O estudo das densidades X realizadas pelo tomógrafo tem uma precisão mais de 100 vezes maior que aquela obtida na radiologia convencional” (Doyon, Cabanis, Frija, Halimi, & Roger, 2004:7).

Os exames de Tomografia Computorizada têm tido um crescimento exponencial, sendo cada vez mais utilizados em radiodiagnóstico. Estes

exames têm como vantagem a sua acuidade diagnóstica e como desvantagem a alta dose de radiação necessária à realização de exames. Sendo assim a sua utilização deve ser bem justificada.

Comparativamente com a radiologia convencional a dose pode ser maior mas é mais uniforme, pela rotação do tubo à volta do utente e a imagem não sofre sobre ou superexposição.

Como factores intrínsecos ao aparelho na dose de radiação emitida podemos considerar a geometria do tomógrafo, a geometria do feixe, a eficácia da detecção e a qualidade do feixe. Os factores intrínsecos ao Técnico de Radiologia que opera o aparelho são a escolha da alta tensão do tubo de raios X, a intensidade do tubo de raios X, o tempo de aquisição e os factores inerentes ao corte.

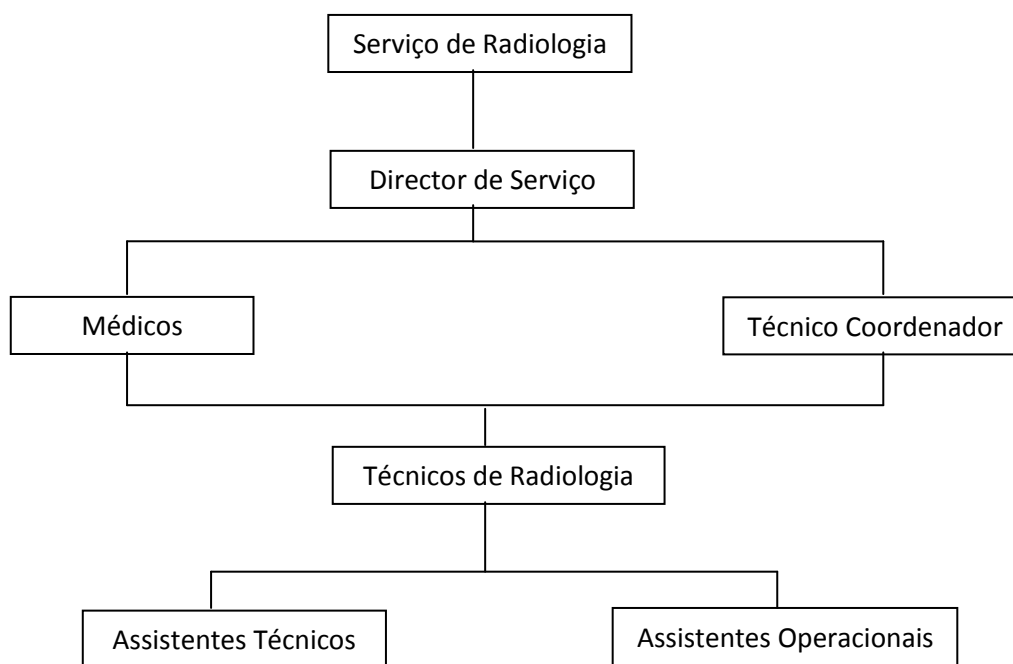
A diversidade de técnicas de Imagiologia permitem a obtenção de imagens óptimas para os diagnósticos serem fidedignos mas vulgarizam-se as técnicas esquecendo os riscos de radiação associados a exames de Tomografia Computorizada (Doyon, Cabanis, Frija, Halimi, & Roger, 2004).

No final de 2003 a instituição hospitalar investiu num aparelho de Tomografia Computorizada multicorte, um de seis cortes. Este equipamento veio melhorar, ao nível de exames de radiodiagnóstico, a prestação de cuidados de saúde, já que permite realizar mais exames em menor tempo e com menos recursos financeiros. Quando a instituição não conseguia dar resposta a todos os pedidos de exame recorria a instituições particulares, tendo a tecnologia necessária para dar resposta a todas as necessidades da população esse recurso é dispensável.

No final de 2010 houve um novo investimento tecnológico, um aparelho de Tomografia Computorizada multicorte, agora de 16 cortes. Este investimento veio otimizar este serviço garantindo exames óptimos, no menor espaço de tempo e com níveis de radiação controlados e inferiores relativamente ao equipamento anterior.

O serviço de Radiologia tem a seguinte organização (Fig. 4):

Figura 4. Organigrama do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, E.P.E.



Fonte: (Almeida, Silva, Fernandes, Abrantes, Ribeiro, & Azevedo, 2010).

Sendo que a população alvo deste estudo são todos os funcionários, que directamente ou indirectamente, interajam com o serviço de TC.

4.5 Instrumento e recolha de dados

O instrumento escolhido foi a análise do inquérito por questionário, a profissionais de saúde que operem no serviço de Tomografia Computorizada.

Foi entregue um questionário a cada profissional do serviço de Imagiologia mais especializado no serviço de Tomografia Computorizada. Como o serviço é composto por poucos elementos, e dos quais ainda menos profissionais realizam estes exames de forma rotineira, optou-se por serem entregues apenas 3 questionários aos profissionais mais qualificados, em termos de experiência profissional, deste serviço.

A escolha da metodologia, Método dos Cenários de Michael Godet, já fundamentado na metodologia, permitiu fazer uma análise prospectiva. O questionário permitiu a análise numérica de tendências, opiniões e atitudes, podendo generalizar os resultados da amostra numa determinada população (Creswell, 2003).

O questionário (ver Anexo 1) foi adaptado de trabalho orientados por Carlos Silva, em teses de mestrado, como a de Silvana Revez, e de doutoramento, como a do Dr. António Abrantes, na área de estudos prospectivos em tecnologias da saúde, adequando-os à realidade e à temática do presente estudo. Foi elaborado em equipa com duas colegas de Mestrado que estão a elaborar as suas teses utilizando a mesma metodologia e na mesma Instituição Hospitalar.

O questionário é composto por quatro secções. A primeira secção pretende recolher dados em termos de conceitos gerais e de aspectos gerais de um serviço de Imagiologia.

A segunda secção relaciona-se somente com conceitos inerentes à Tomografia Computorizada e aos objectivos específicos deste estudo.

A terceira secção corresponde à análise dos jogos de actores (de dependência, de influência consoante os objectivos do serviço).

A última secção é composta por perguntas de caracterização dos inquiridos.

O questionário foi primeiramente entregue a um painel de peritos na área da qualidade, fora da população – alvo, de forma a reformular questões, o que não se revelou necessário.

Este estudo foi realizado com o consentimento da instituição hospitalar e dos envolvidos, directa ou indirectamente, no processo de implementação do modelo de qualidade *European Foundation for Quality Management*.

4.6 Procedimento de tratamento de dados

Consoante as secções do questionário assim se utilizou o programa mais adequado.

O tratamento de dados foi realizado pelos programas *statistical package for social sciences* (SPSS), e o EXCEL.

Os resultados obtidos na recolha dos dados não foram objecto de estudo qualitativo, pelo número de questionários entregues (3 questionários), procedeu-se a reinterpretação qualitativa de cada situação valorizada.

Na terceira e quartas secções os programas de software foram específicos, disponibilizados pela LIPSOR, sendo estes os MICMAC e MACTOR.

O facto de o investigador fazer parte do serviço em estudo trouxe vantagens e desvantagens, como a sua presença poder influenciar os colegas nas opiniões transmitidas nos questionários, mas por outro lado trouxe igualmente maior sensibilidade e solidez na interpretação e na reflexão e descrição dos resultados obtidos. Estes resultados pretendem descrever a realidade o mais fielmente e dentro dos limites de interpretação possível.

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

Obtendo dados o mais reais possíveis, elaborando uma análise crítica com base nesses mesmos resultados pretende-se desenvolver dimensões que reproduzam o contexto organizacional estudado.

Os instrumentos de análise, nos métodos prospectivos, são somente ferramentas de trabalho. São úteis para reduzir a complexidade dos sistemas reais, não podendo substituir as competências, o sentido crítico e perspicácia dos profissionais de saúde (Caldas, 1998).

Os actores organizacionais são o centro deste estudo. Realizar a prospectiva tendo em conta a dinâmica de actores e a dimensão estratégica, devemos visualizar o futuro do movimento social dos actores. Pretendemos estudar todas as influências e dependências destes actores e relacioná-los com os objectivos propostos (Godet, 1993).

A análise dos resultados consiste em duas fases do método de cenários de Michael Godet, a análise estrutural (método MICMAC), a análise do passado (método MACTOR) e dos projectos futuros.

5.1 Análise estrutural do sistema

Os objectivos desta análise são decompor o sistema em grupos de variáveis e detectar as variáveis – chave do sistema, auxiliar uma equipa de trabalho a visualizar o sistema e o problema em estudo como um todo e controlar as análises de certos grupos de trabalho, privilegiando factores representativos da organização (Caldas, 1998).

Esta abordagem pretende ajudar um grupo a colocar as perguntas certas e estruturar uma reflexão colectiva. O instrumento de trabalho deve ser o mais simples possível, para simplificar o processo de análise e os seus resultados. Segundo Godet esta análise pretende, em primeira instância representar o sistema exhaustivamente para posteriormente reduzir a complexidade do sistema em variáveis fulcrais (Godet, 1993).

Nesta análise utilizamos a via previsional, já que esta pesquisa as variáveis – chave, medindo a importância de uma variável mais pelas suas relações indirectas do que pelas relações directas.

As variáveis externas tendem a ser mais influentes e explicativas, as variáveis internas tendem a ser mais sensíveis à envolvente.

As variáveis estudadas foram: O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha (MVV); O coordenador de serviço antecipa e reage às mudanças da organização para assegurar o bom funcionamento do serviço de Tomografia Computorizada (CMO); A existência de estratégias para a Gestão do Risco é importante no serviço de Tomografia Computorizada (EGR); No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria (EOM); O ambiente de trabalho, no serviço de Tomografia Computorizada, é organizado e aberto à inovação (OI); No serviço de Tomografia Computorizada existe motivação para desenvolvimento de competências (MDC); É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias (DP); Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado (PP); É essencial conhecer o processo de implementação do modelo EFQM antes de ser implementado no serviço de Tomografia Computorizada (EFQM); O envolvimento de todos os funcionários é essencial para a melhoria da Qualidade Total em Tomografia Computorizada (FQT).

Com o método MICMAC todas estas variáveis são classificadas em directas, indirectas ou potenciais. A classificação directa resulta do jogo das relações de actores a curto e médio prazo, as indirectas integram efeitos que levam a um tempo mais longínquo e a classificação potencial integra relações que só com um longo prazo se reproduzirão no sistema.

A cada variável está associado um indicador de motricidade e um indicador de dependência, criando uma matriz de motricidade/ dependência, podendo ser directa, indirecta ou potencial.

De acordo com esta matriz as variáveis podem ser excluídas, do pelotão, motrizes, de ligação e variáveis resultados. As variáveis excluídas são pouco influentes e dependentes, não tendo um papel relevante. As variáveis do pelotão são medianamente influentes e dependentes. As variáveis motrizes são muito influentes e pouco dependentes. As variáveis de ligação são muito influentes e dependentes, quando são objecto de influência propagam essa

influência a todo o sistema. As variáveis resultados são pouco influentes e muito dependentes (Caldas, 1998).

Neste estudo para estudar estas variáveis recorreremos ao software SPSS, com este software calculámos a correlação entre variáveis e posteriormente preenchemos as matrizes no MICMAC.

No quadro 1 podemos identificar as relações directas entre os objectivos.

Quadro 1. Matriz de influências directas

	1 : MVV	2 : CMO	3 : EGR	4 : EOM	5 : OI	6 : MDC	7 : DP	8 : PP	9 : EFQM	10 : FQT
1 : MVV	0	3	1	3	3	3	3	3	1	0
2 : CMO	3	0	0	3	3	3	3	3	1	0
3 : EGR	1	1	0	1	2	2	0	1	1	0
4 : EOM	3	3	1	0	3	3	3	3	1	0
5 : OI	3	3	2	3	0	3	2	3	1	0
6 : MDC	3	3	1	3	3	0	3	3	1	0
7 : DP	3	3	0	3	2	3	0	3	3	0
8 : PP	3	3	1	3	3	3	3	0	1	0
9 : EFQM	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0
10 : FQT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

© LIPSOR-EPITA-MICMAC

Fonte: Estudo

Com esta matriz verificamos que os objectivos mais directos são: O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha; No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria; O ambiente de trabalho, no serviço de Tomografia Computorizada, é organizado e aberto à inovação; No serviço de Tomografia Computorizada existe motivação para desenvolvimento de competências; É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias e Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado.

Analisando o quadro 2 podemos constatar as relações indirectas entre objectivos.

Quadro 2. Matriz de influências indirectas

	1 : MVV	2 : CMO	3 : EGR	4 : EOM	5 : OI	6 : MDC	7 : DP	8 : PP	9 : EFQM	10 : FQT
1 : MVV	878	905	313	905	882	918	900	905	441	0
2 : CMO	886	859	294	886	869	905	875	886	436	0
3 : EGR	405	405	131	405	399	424	383	405	211	0
4 : EOM	905	905	313	878	882	918	900	905	441	0
5 : OI	888	888	313	888	826	895	858	888	438	0
6 : MDC	905	905	313	905	882	891	900	905	441	0
7 : DP	894	894	293	894	846	913	822	894	466	0
8 : PP	905	905	313	905	882	918	900	878	441	0
9 : EFQM	445	445	163	445	440	448	472	445	206	0
10 : FQT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

© LPSOR-EPTA-MICMAC

Fonte: Estudo

Nesta matriz a relação mais forte corresponde ao objectivo: No serviço de Tomografia Computorizada existe motivação para desenvolvimento de competências, seguidos dos objectivos: O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha; O coordenador de serviço antecipa e reage às mudanças da organização para assegurar o bom funcionamento do serviço de Tomografia Computorizada; No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria e Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado. As relações directas e indirectas só se distinguem por um objectivo. Os actores não vêem este objectivo no presente mas esperam vê-lo num futuro próximo.

Analisando o Quadro 3 podemos ver quais são as relações potenciais.

Quadro 3. Matriz de influências potenciais.

	1 : MVV	2 : CMO	3 : EGR	4 : EOM	5 : OI	6 : MDC	7 : DP	8 : PP	9 : EFQM	10 : FQT
1 : MVV	0	3	1	3	3	3	3	3	1	0
2 : CMO	3	0	0	3	3	3	3	3	1	0
3 : EGR	1	1	0	1	2	2	0	1	1	0
4 : EOM	3	3	1	0	3	3	3	3	1	0
5 : OI	3	3	2	3	0	3	2	3	1	0
6 : MDC	3	3	1	3	3	0	3	3	1	0
7 : DP	3	3	0	3	2	3	0	3	3	0
8 : PP	3	3	1	3	3	3	3	0	1	0
9 : EFQM	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0
10 : FQT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

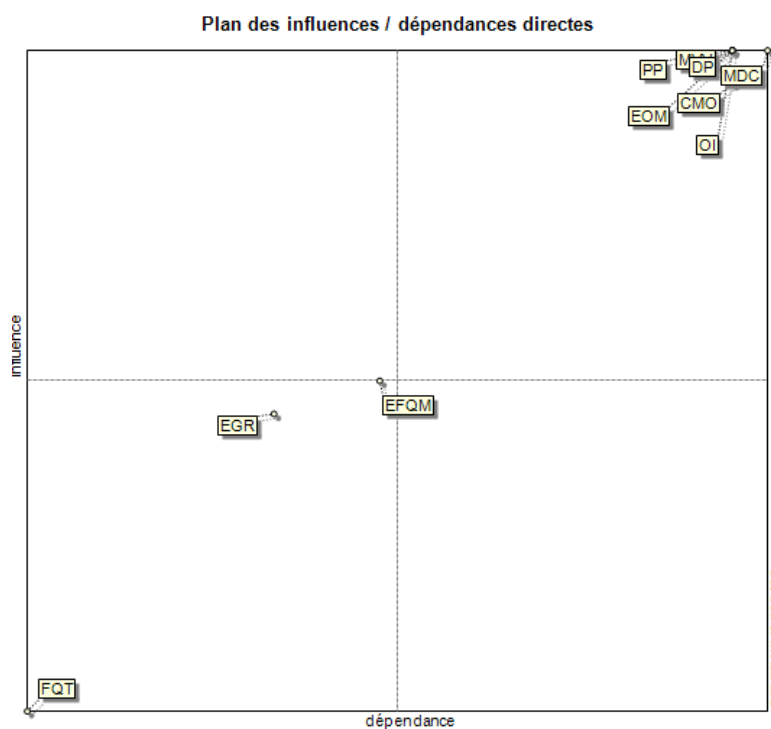
© LPSOR-EPTA-MICMAC

Fonte: Estudo

As relações potenciais são exactamente as mesmas do que as relações directas, pelo que podemos concluir que as relações a curto e médio prazo são as mesmas que se esperam no futuro mais longínquo do sistema.

Como as relações directas, indirectas e potenciais são semelhantes os gráficos de motricidade/ dependência (Gráfico 1) também o são.

Gráfico 1. Relação de dependência/ influência dos objectivos.



Fonte: Estudo

Analisando o gráfico 1, de influência/ dependência, verificamos que como variáveis excluídas temos o envolvimento de todos os funcionários é essencial para a melhoria da Qualidade Total em Tomografia Computorizada (TC). As variáveis do pelotão são a existência de estratégias para a gestão do risco é importante no serviço de TC e é essencial conhecer o processo de implementação do modelo *European Foundation for Quality Management* antes de ser implementado no serviço de TC. E todas as outras variáveis são de ligação, estas são: O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha; O coordenador de serviço antecipa e reage às mudanças da organização para assegurar o

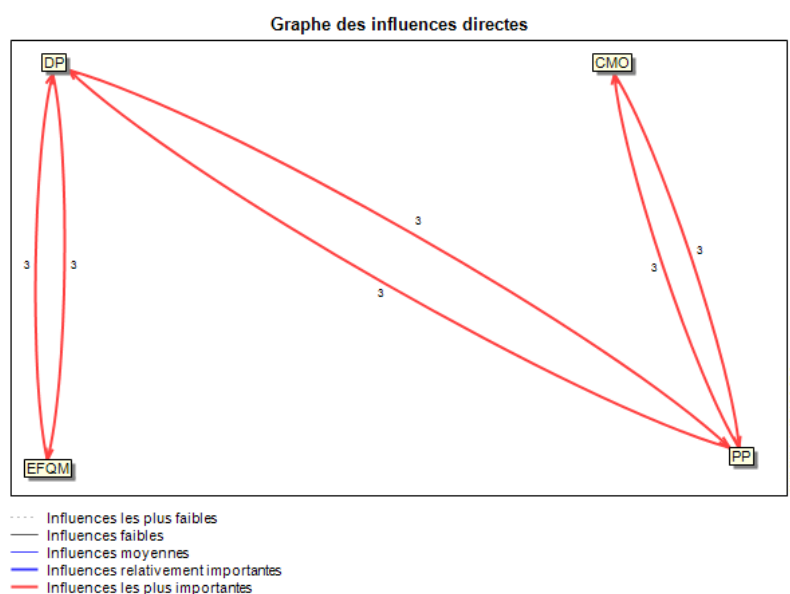
bom funcionamento do serviço de Tomografia Computorizada; No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria; O ambiente de trabalho, no serviço de TC, é organizado e aberto à inovação; No serviço de TC existe motivação para o desenvolvimento de competências; É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias e Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado.

Um fraco número de variáveis de referência permite ao sistema ter estabilidade ou não.

De seguida iremos analisar esses mesmos gráficos relativamente às variáveis dependentes, independentes e potenciais.

Relativamente às variáveis directas apresentamos o gráfico 2.

Gráfico 2. Influências directas

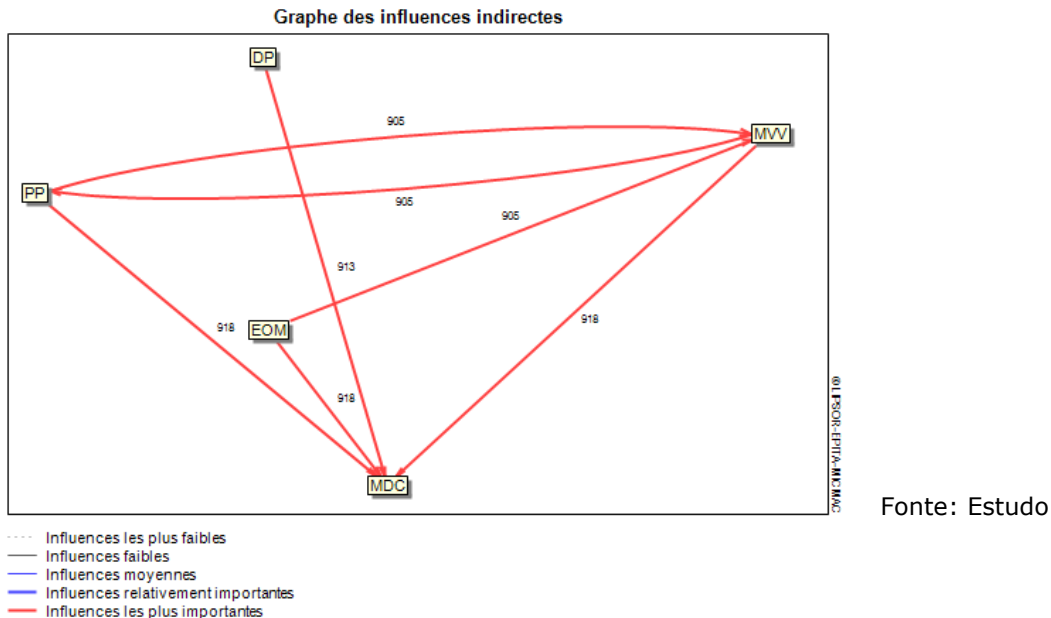


Fonte: Estudo

Este gráfico revela que quatro dos objectivos têm ligações muito importantes e um deles é bastante estável. A relação mais estável é entre o objectivo: É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias e Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado.

Relativamente à análise das influências indirectas apresentamos o gráfico 3.

Gráfico 3. Influências indirectas



Relativamente às influências indirectas o sistema apresenta alguma estabilidade e força entre as variáveis “Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado” e “No serviço de TC existe motivação para o desenvolvimento de competências”; Entre as variáveis “É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias” e “No serviço de TC existe motivação para o desenvolvimento de competências” e por último entre as variáveis “No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria” e “No serviço de TC existe motivação para o desenvolvimento de competências”. A variável “O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha” tem uma relação de força mas instável relativamente às variáveis “Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado”; “No serviço de TC existe motivação para o desenvolvimento de competências”; “No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria” e “É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias”.

Relativamente às variáveis potenciais o gráfico que define as suas relações é apresentado no gráfico 4.

Estes três gráficos por vezes revelam dados inesperados para os actores, mas não podemos esquecer que estes trabalham com lógica e não com intuição.

5.2 Dinâmica social de actores

Por mais que seja desejado o futuro nunca pode ser determinado. Qualquer que tenha sido o passado, o futuro tem muitas possibilidades. Os actores do sistema vão poder realizar o projecto definido, com os objectivos fixados, através de acções estratégicas.

A análise destes actores é fundamental para evidenciar os desafios estratégicos e as questões – chave do futuro, através do confronto com os projectos e a análise das suas relações de força.

Primeiramente, devem-se definir os actores. Segundo Godet (1993) os actores devem ser entre dez e vinte. Para tornar este estudo realista e operacional restringindo-se a análise a quinze actores. Sendo assim os actores escolhidos são: Ministério da Saúde (MS), Conselho de Administração Hospitalar (CAH), Direcção Clínica do Serviço (DCS), Coordenação Técnica (CT), Médico Especialista em Radiodiagnóstico (MR), Técnico de Radiologia (TR), Outros Profissionais de Saúde do serviço de Imagiologia (OP), Outros Profissionais do Hospital (OH), Utentes do Hospital (UH), Administração Central do Serviço de Saúde (ACSS), Normas Europeias (NM), Serviço de Urgência (SU), Outros Serviços Clínicos do Hospital (OSH), Rastreio do Cancro da Mama (RCM) e Cidadãos (CI).

Tem como principal referência o método MACTOR (Métodos Actores, Objectivos, Relações de força) para tornar firme a análise da estratégia de actores.

O MACTOR propõe a análise de actores em várias etapas tais como a identificação de projectos e motivações dos actores, a identificação dos desafios estratégicos e os seus objectivos, a posição de cada actor em cada objectivo identificando convergências e divergências, a hierarquização dos objectivos, a avaliação de relações de força e a colocação das questões – chave do futuro formulando hipóteses que vão caracterizar as relações de força entre actores. É a partir destas hipóteses que os cenários irão ser construídos.

O quadro 4 apresenta o grau de influência directa e indirecta dos actores, este quadro foi construído a partir do software MACTOR.

Quadro 4. Matriz dos meios de Acção Directos (MAD)

MID	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI	Influência directa global
MS	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	18
CAH	3	0	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	24
DCS	2	2	0	2	3	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	23
CT	2	2	3	0	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	22
MR	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	13
TR	2	2	2	3	2	0	2	1	2	1	1	1	1	1	1	22
OP	1	2	1	2	2	2	0	1	2	1	1	1	1	1	1	19
OH	1	2	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	16
UH	1	2	1	0	2	1	2	2	0	1	1	3	2	2	1	21
ACSS	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6
NE	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	8
SU	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	0	1	1	1	19
OSH	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	1	1	16
RCM	3	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0	2	12
CI	2	1	0	0	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	0	19
Dependência directa	22	21	15	13	24	18	16	12	22	16	18	17	15	13	16	

Fonte: Estudo

Da análise dos meios de acção directa verifica-se que de igual modo os actores mais influentes e dependentes são o conselho de administração hospitalar e a direcção clínica do serviço. Em segunda linha são a coordenação técnica, o técnico de radiologia e os utentes do hospital.

Através do software MACTOR também é possível estudar a matriz dos meios de acção directos e indirectos (MADI). Este estudo serve para analisarmos todo o tipo de influências que existem.

Quadro 5. Matriz dos meios de acção directos e indirectos (MADI)

MIDI	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI	II
MS	14	14	10	9	16	13	13	12	14	15	16	14	14	13	14	187
CAH	18	17	12	10	19	15	14	12	18	16	18	16	15	13	15	211
DCS	17	18	14	11	22	16	15	11	18	15	17	15	15	12	15	217
CT	17	18	15	12	21	16	14	11	18	15	17	15	15	12	15	219
MR	12	12	10	9	13	12	9	9	11	12	13	11	11	10	12	153
TR	17	18	15	13	20	16	14	11	18	15	17	15	15	12	15	215
OP	16	17	14	11	19	15	14	11	16	15	15	14	15	12	14	204
OH	13	15	12	9	16	12	12	11	13	14	14	14	14	12	13	183
UH	14	17	11	10	18	15	12	10	16	14	14	14	14	11	14	188
ACSS	5	5	3	3	5	5	4	3	5	5	6	5	5	4	5	63
NE	7	7	6	5	8	6	6	5	6	7	7	6	6	6	6	87
SU	15	17	13	11	19	15	14	11	16	15	15	14	15	12	14	202
OSH	14	15	11	9	16	13	12	11	14	15	15	14	15	12	14	185
RCM	11	9	6	5	9	8	8	6	9	9	10	8	7	7	9	114
CI	14	15	9	9	16	14	12	10	15	13	13	12	12	11	13	175
Di	190	197	147	124	224	175	159	133	191	190	200	173	173	152	175	2603

© LPSOR-EPTAMACTOR

Fonte: Estudo

A matriz MADI permite comparar a ordenação dos actores tendo em conta a sua influência directa (MAD) e a sua influência indirecta e indirecta (MADI).

No quadro 6 analisamos a relação entre o grau de influência directa e indirecta, por ordem descendente e relação entre o grau de dependência directa e indirecta, por ordem descendente.

Verifica-se que ao nível de influências quem apresenta as posições mais altas são o Conselho de Administração Hospitalar e o Técnico Coordenador. Ao nível das dependências, quer directas quer indirectas, quem ocupa a posição mais alta é o Médico Especialista em Radiodiagnóstico. Nas posições mais inferiores ao nível de influências estão o Médico Especialista em Radiodiagnóstico, as Normas Europeias e a Administração Central do Sistema de Saúde e ao nível das dependências está o Técnico Coordenador e os Outros Serviços do Hospital.

Numa posição intermédia temos os Utentes, o Serviço de Urgência, os Técnicos de Radiologia e os Outros profissionais do Serviço de Imagiologia. É de realçar a excelente relação de força entre Médicos Especialistas em Radiodiagnóstico e a Direcção Clínica do Serviço de Imagiologia, entre Médicos Especialistas em Radiodiagnóstico e a Coordenação Técnica e entre Médico Especialista em Radiodiagnóstico e os Técnicos de Radiologia.

Quadro 6. Relação de graus de influência e de dependência, directas e indirectas

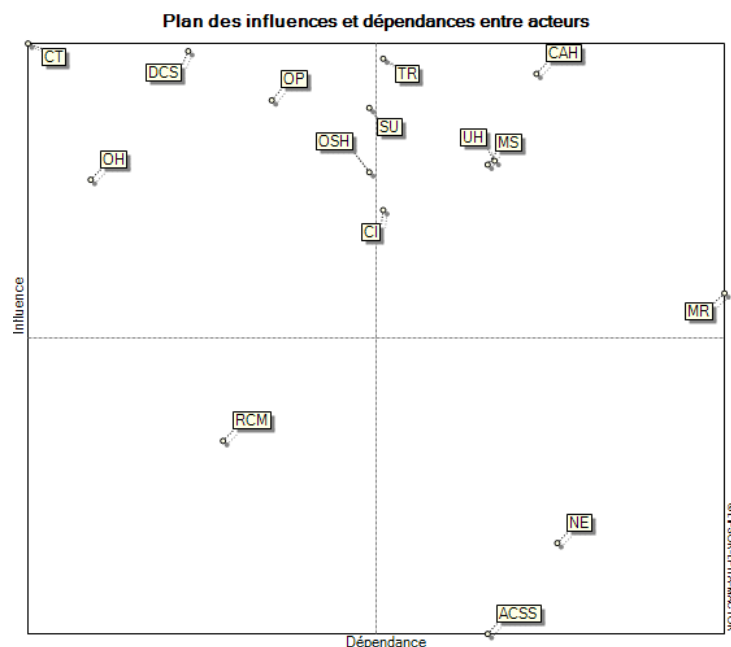
Grau de influência directa	Grau de influência directa e indirecta	Grau de dependência directa	Grau de dependência directa e indirecta
CAH	CT	MR	MR
DCS	DCS	MS UH	NE
CT TR	TR CAH		CAH
UH	OP	TR NE	MS ACSS
OP SU CI	SU UH MS		
	MS	OSH	OP CI ACSS
OH OSH	OH CI	DCS OSH	
MR	MR	CT RCM	RCM
RCM	RCM		DCS
NE	NE	OH	OH
ACSS	ACSS		CT

Fonte: Estudo

Para poder prosseguir com a análise e posteriormente as recomendações estratégicas iremos prosseguir com a análise.

Com o MACTOR é possível desenhar um gráfico no que diz respeito às influências e dependências directas e indirectas. A partir deste gráfico diferenciar os actores que se destacam no jogo de actores, sendo estes os mais influentes e os menos dependentes.

Gráfico 5: Plano de Influências e Dependências Directas e Indirectas entre actores.



Fonte: Estudo

Da análise do gráfico, analisando por quadrantes, podemos verificar que os actores muito influentes e dependentes são os Técnicos de Radiologia, os Utentes, o Ministério da Saúde, o Conselho de Administração Hospitalar, o Médico Especialista em Radiodiagnóstico e os Cidadãos. Os actores apenas muito influentes são o Técnico Coordenador, os Outros Profissionais do Hospital, outros profissionais do serviço de Imagiologia, o Serviço de Urgência e outros serviços do Hospital. Os actores somente muito dependentes são as Normas Europeias e a Administração Central do Sistema de Saúde.

O Rastreio do Cancro da Mama, sendo um pouco alheio a este estudo é pouco influente e pouco dependente.

Um gráfico com este esquema revela ser um sistema estável com actores em todos os quadrantes, excepto nos poucos influentes e dependentes.

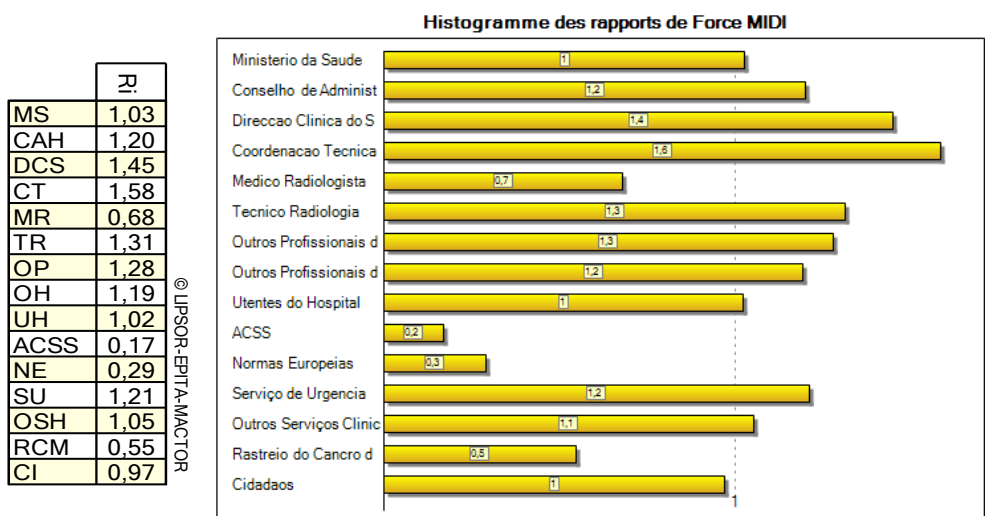
Os jogos de alianças e conflitos possíveis não dependem somente das hierarquias entre actores mas também da sua capacidade de impor as suas prioridades aos outros actores, ou seja verificar as suas relações de força. Sendo assim iremos analisar o coeficiente de relações de força e a matriz dos equilíbrios líquidos das relações de força entre actores, para se diferenciarem

os actores pela sua influência e dependência relativas às actuações dos outros actores.

Segundo Godet (1995) "a relação de forças de um actor será tanto mais elevada consoante a sua influência é elevada, a sua dependência fraca e a sua retroacção fraca". Ao analisar a influência de um actor também é importante analisar a sua dependência e o efeito de retroacção (Caldas, 1998:12).

O coeficiente de relações de força, R_i , segundo o modelo de Godet, mede a competitividade dos actores. Esta é maior ou menor conforme for a influência e a dependência. Se a influência e a dependência forem altas a sua competitividade é grande, mas se o actor for muito influente e muito dependente tem uma competitividade fraca. Por outro lado, se o actor for moderadamente influente mas sem dependências ou retroacção é competitivo. A partir do método MACTOR obteve-se a relação de valores apresentados no quadro 7.

Quadro 7. Coeficiente de relação de força entre os diversos actores e respectivo Histograma de competitividade.



Fonte: Estudo

Quem assume o papel de maior competitividade é o Técnico Coordenador do Serviço de Imagiologia. Outros actores muito competitivos são a Direcção Clínica do Serviço, o Técnico de Radiologia e os outros profissionais do serviço de Imagiologia.

A menor competitividade é por parte da Administração Central do Sistema de Saúde e as Normas Europeias.

A matriz dos equilíbrios líquidos (Quadro 8) também irá ser ponderada, esta permite analisar se um actor influencia mais do que é influenciado. O sinal positivo indica que o actor exerce mais influência do que recebe e o sinal negativo indica que o actor recebe mais influência do que recebe.

Quadro 8. Matriz de equilíbrios líquidos

BN	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI	Somme
MS		-4	-7	-8	4	-4	-3	-1	0	10	9	-1	0	2	0	-3
CAH	4		-6	-8	7	-3	-3	-3	1	11	11	-1	0	4	0	14
DCS	7	6		-4	12	1	1	-1	7	12	11	2	4	6	6	70
CT	8	8	4		12	3	3	2	8	12	12	4	6	7	6	95
MR	-4	-7	-12	-12		-8	-10	-7	-7	7	5	-8	-5	1	-4	-71
TR	4	3	-1	-3	8		-1	-1	3	10	11	0	2	4	1	40
OP	3	3	-1	-3	10	1		-1	4	11	9	0	3	4	2	45
OH	1	3	1	-2	7	1	1		3	11	9	3	3	6	3	50
UH	0	-1	-7	-8	7	-3	-4	-3		9	8	-2	0	2	-1	-3
ACSS	-10	-11	-12	-12	-7	-10	-11	-11	-9		-1	-10	-10	-5	-8	-127
NE	-9	-11	-11	-12	-5	-11	-9	-9	-8	1		-9	-9	-4	-7	-113
SU	1	1	-2	-4	8	0	0	-3	2	10	9		1	4	2	29
OSH	0	0	-4	-6	5	-2	-3	-3	0	10	9	-1		5	2	12
RCM	-2	-4	-6	-7	-1	-4	-4	-6	-2	5	4	-4	-5		-2	-38
CI	0	0	-6	-6	4	-1	-2	-3	1	8	7	-2	-2	2		0

©LIPSOR-EPITA-ACTOR

Fonte: Estudo

Analisando o quadro 8 pode verificar-se que:

O Ministério da Saúde e os Utentes são influenciados não exercendo influência sobre nenhum dos outros actores. O Conselho de Administração Hospitalar influencia outros actores sem ser influenciado. A Direcção Clínica do Serviço e as Normas Europeias influenciam fortemente outros actores sem serem influenciados. O Técnico Coordenador é o actor que mais influencia outros actores sem ser influenciado. O Médico Especialista em Radiodiagnóstico é fortemente influenciado sem influenciar outros actores. O Técnico de Radiologia, os outros Profissionais do Serviço e os outros Profissionais do Hospital influenciam outros serviços sem serem influenciados. A Administração Central do Serviço de Saúde é o mais influenciado sem influenciar os outros actores. O Rastreio do Cancro da Mama é influenciado sem influenciar outros actores. Os cidadãos têm uma posição nula, nem influenciam nem são influenciados por outros actores.

5.3 Posição dos actores face ao estudo

Face ao desafio da implementação de um sistema da Qualidade definiram-se objectivos. Os objectivos foram:

- Garantir a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de Saúde (MCQ);
- Atingir os objectivos estratégicos estabelecidos na organização (OEO);
- Garantir a protecção e a segurança dos utentes (PSU);
- Garantir a participação e satisfação dos utentes (SPU);
- Garantir a motivação dos profissionais e promover a autonomia profissional (MA);
- Melhorar os processos de tomada de decisão (TD);
- Garantir a Gestão eficaz das tecnologias existentes (GT);
- Garantir a Qualidade dos equipamentos e instalações (EI);
- Promover a formação contínua, a inovação e a investigação (FII);
- Promover o trabalho entre equipas multidisciplinares (TEM);
- Promover e garantir Normas de procedimentos (NP);
- Contribuir para a melhoria do SNS, através da cooperação entre diversas entidades (CDE);
- Garantir a eficiência e o equilíbrio financeiro da gestão (EEF);
- Implementação de políticas de controlo de qualidade (PCQ).

Considerou-se que todos os actores tinham uma relação positiva com qualquer um dos objectivos, assim sendo, na matriz de posições simples actores *versus* objectivos (MAO) o resultado seria sempre 1, o objectivo teria uma posição favorável para o actor, querendo este atingir esse mesmo objectivo.

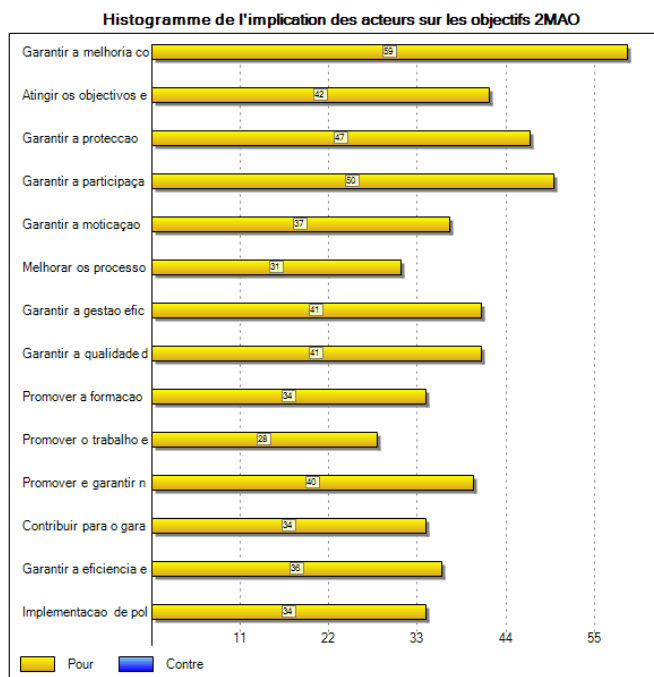
Tentando aproximar o modelo da realidade, já conhecidas as relações de força entre actores é importante também hierarquizar os objectivos.

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

Através do software MACTOR obteve-se uma segunda matriz (Quadro 9) valorizada pelas posições do tipo MAO, denominada 2MAO e correspondendo às medianas das respostas dadas pelos inquiridos.

Quadro 9. Matriz de posições valorizadas (Actor versus Objectivo) e o respectivo Histograma.

2MAO	MCC	EO	PSU	SPU	MA	TD	GT	II	FI	TEM	NP	ODE	EEF	PCQ
MS	4	3	3	4	3	2	3	2	2	2	3	4	4	3
CAH	4	4	3	4	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3
DCS	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3
CT	4	4	4	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	3
IMR	4	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2
TR	4	3	4	3	4	2	3	4	4	3	3	2	2	2
OP	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
OH	4	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
UH	4	2	3	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1
ACSS	4	3	3	4	2	2	2	2	1	1	3	2	1	2
NE	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	1	2	2
SU	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2
OSH	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3
RCM	4	2	4	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3	3
CI	4	2	2	2	1	1	2	4	2	1	1	2	2	1



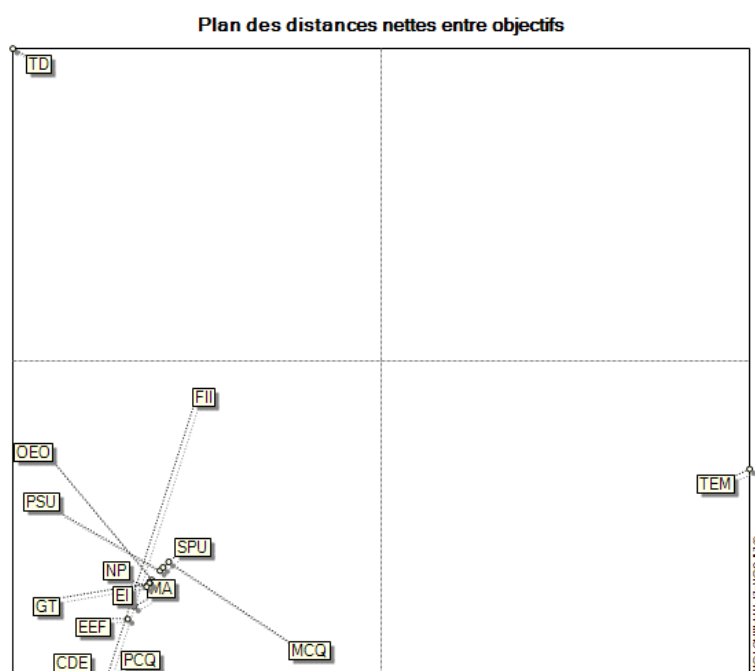
Fonte: Estudo

Da análise do quadro 2 MAO os Utentes e os Cidadãos são os actores que têm muitos objectivos pouco relevantes como a promoção do trabalho entre equipas multidisciplinares e garantir a eficiência e equilíbrio financeiro da instituição. O objectivo mais relevante para a todos os actores excepto para as Normas Europeias é garantir a melhoria continua da qualidade na prestação de serviços de Saúde, seguido do objectivo garantir a participação e satisfação dos utentes. Todos os outros actores têm opiniões diferentes acerca dos objectivos serem relevantes, muito relevantes ou bastante relevantes.

O Gráfico 6 destaca, em primeiro lugar, o objectivo promover o trabalho entre equipas multidisciplinares. A melhoria dos processos de tomada de decisão e a implementação de políticas de controlo de qualidade são os seguintes.

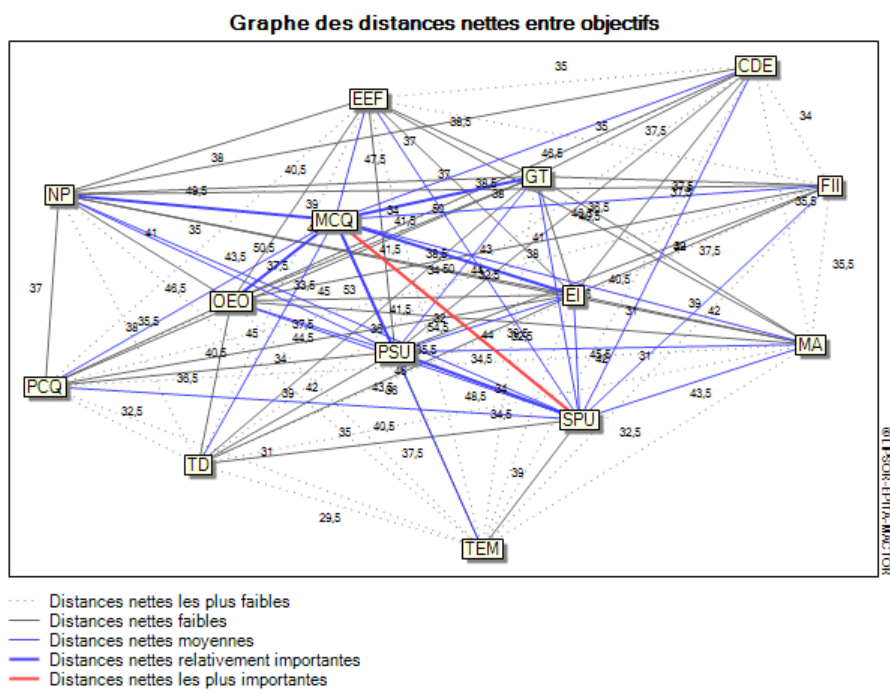
O gráfico 7 valoriza a relação entre os objectivos garantir a melhoria contínua a qualidade na prestação de serviços de saúde e garantir a participação e satisfação dos utentes.

Gráfico 6. Mapa de distâncias entre objectivos



Fonte: Estudo

Gráfico 7. Gráfico de ligação das distâncias entre objectivos



Fonte: Estudo

Também é importante verificar a relação de posição de cada actor em relação a cada objectivo, o que representa a mobilização de cada actor em volta do objectivo, relativamente à sua competitividade. Obtém-se estes dados pela matriz das posições valorizadas, ponderada pelas relações de força (Quadro 10) (3MAO).

Quadro 10. Matriz ponderada de posições valorizadas.

3MAO	MCC	OEO	PSU	SPU	MA	TD	GT	EI	FII	TEM	NP	CDE	EEF	POQ	Mobilisation
MS	4,1	3,1	3,1	4,1	3,1	2,1	3,1	2,1	2,1	2,1	3,1	4,1	4,1	3,1	43,2
CAH	4,8	4,8	3,6	4,8	3,6	3,6	4,8	3,6	2,4	2,4	3,6	3,6	4,8	3,6	54,1
DCS	5,8	4,3	4,3	5,8	4,3	4,3	5,8	4,3	4,3	4,3	5,8	4,3	5,8	4,3	68,1
CT	6,3	6,3	6,3	6,3	4,7	4,7	6,3	4,7	6,3	3,2	6,3	4,7	4,7	4,7	76,0
MR	2,7	2,0	2,0	2,0	1,4	1,4	2,0	2,0	1,4	1,4	1,4	1,4	0,7	1,4	23,1
TR	5,3	3,9	5,3	3,9	5,3	2,6	3,9	5,3	5,3	3,9	3,9	2,6	2,6	2,6	56,5
OP	5,1	2,6	3,8	3,8	3,8	2,6	3,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	43,5
OH	4,8	2,4	3,6	3,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	38,2
UH	4,1	2,0	3,1	3,1	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	26,6
ACSS	0,7	0,5	0,5	0,7	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,2	0,3	5,5
NE	0,9	0,9	0,9	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,9	0,3	0,6	0,6	8,7
SU	4,9	3,6	3,6	3,6	2,4	2,4	2,4	3,6	2,4	2,4	3,6	2,4	2,4	2,4	42,5
OSH	4,2	3,2	3,2	3,2	2,1	2,1	2,1	3,2	2,1	2,1	3,2	2,1	3,2	3,2	38,9
RCM	2,2	1,1	2,2	2,2	1,6	1,1	1,6	2,2	1,6	1,1	1,6	1,1	1,6	1,6	23,1
CI	3,9	1,9	1,9	1,9	1,0	1,0	1,9	3,9	1,9	1,0	1,0	1,9	1,9	1,0	26,2
Nombre d'accords	59,7	42,8	47,5	50,0	38,7	32,2	43,3	41,8	37,3	30,3	40,9	36,0	38,7	34,9	
Nombre de désaccords	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Degré de mobilisation	59,7	42,8	47,5	50,0	38,7	32,2	43,3	41,8	37,3	30,3	40,9	36,0	38,7	34,9	

© IJPSOR-EPTAMACTOR

Fonte: Estudo

Constata-se que os objectivos com maior consenso entre actores são garantir a melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde, seguido de garantir a participação e satisfação dos utentes.

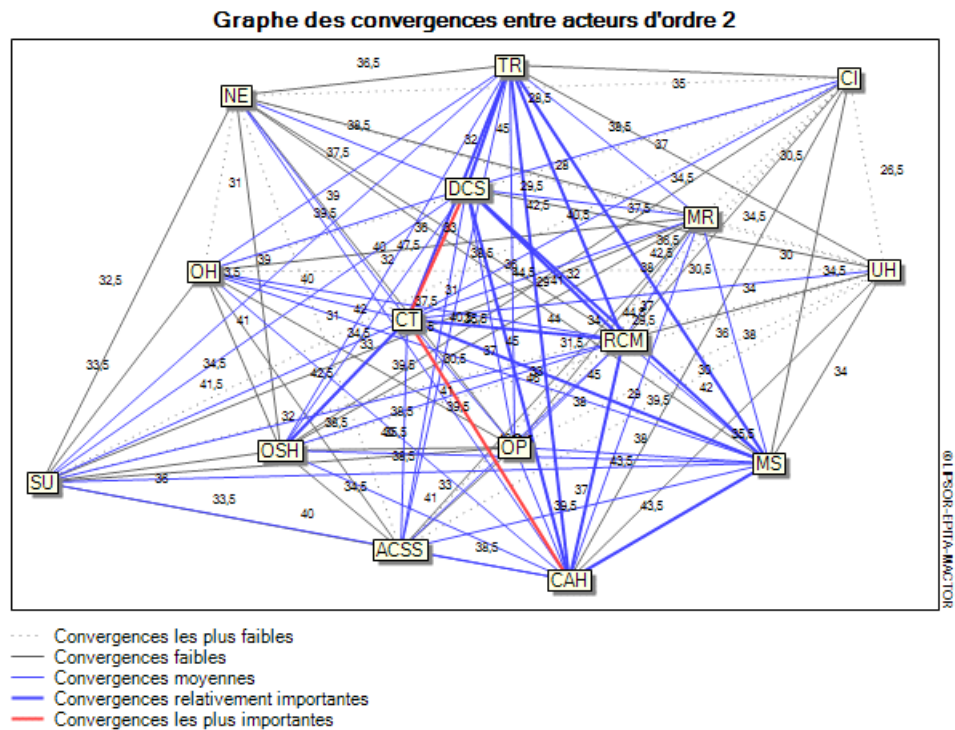
Neste momento, depois de verificada a relação dos actores com cada objectivo e as relações de força entre actores, é igualmente importante analisar a relação de convergência entre actores, tentando encontrar alianças, a partir de 2MAO, traduzindo a relação dos actores entre si, em benefício dos objectivos comuns. O objectivo final é encontrar recomendações estratégicas pretendendo alinhar objectivos entre actores que terão uma relação mais intensa. Para isso, investigou-se a análise de convergência valorizada (CAA), descrita no quadro 11 e verificada no gráfico 8.

Quadro 11. Matriz de convergências variadas

2CAA	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OSH	RCM	CI
MS	0	43,5	44,5	45	38	42,5	38	37	34	37	36	38,5	39,5	42	34,5
CAH	43,5	0	46	46,5	39,5	44	39,5	38,5	35,5	38,5	37,5	40	41	43,5	36
DCS	44,5	46	0	47,5	40,5	45	40,5	39,5	36,5	39,5	38,5	41	42	44,5	37
CT	45	46,5	47,5	0	41	45,5	41	40	37	40	39	41,5	42,5	45	37,5
MR	38	39,5	40,5	41	0	38,5	34	33	30	33	32	34,5	35,5	38	30,5
TR	42,5	44	45	45,5	38,5	0	38,5	37,5	34,5	37,5	36,5	39	40	42,5	35
OP	38	39,5	40,5	41	34	38,5	0	33	30	33	32	34,5	35,5	38	30,5
OH	37	38,5	39,5	40	33	37,5	33	0	29	32	31	33,5	34,5	37	29,5
UH	34	35,5	36,5	37	30	34,5	30	29	0	29	28	30,5	31,5	34	26,5
ACSS	37	38,5	39,5	40	33	37,5	33	32	29	0	31	33,5	34,5	37	29,5
NE	36	37,5	38,5	39	32	36,5	32	31	28	31	0	32,5	33,5	36	28,5
SU	38,5	40	41	41,5	34,5	39	34,5	33,5	30,5	33,5	32,5	0	36	38,5	31
OSH	39,5	41	42	42,5	35,5	40	35,5	34,5	31,5	34,5	33,5	36	0	39,5	32
RCM	42	43,5	44,5	45	38	42,5	38	37	34	37	36	38,5	39,5	0	34,5
CI	34,5	36	37	37,5	30,5	35	30,5	29,5	26,5	29,5	28,5	31	32	34,5	0
Nombre de convergences	550	569,5	582,5	589	498	556,5	498	485	446	485	472	504,5	517,5	550	452,5
Degré de convergence (%)	100														

Fonte: Estudo

Gráfico 8. Gráfico de convergências dos actores, de segundo grau.

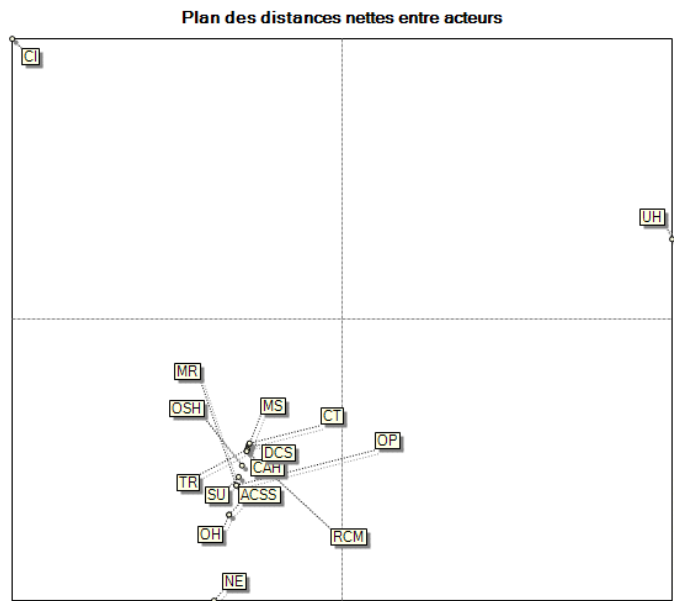


Fonte: Estudo

Pelas informações do quadro 11 e do gráfico 8 verifica-se que os actores com maiores convergências são a Direcção Clínica do Serviço, o Técnico Coordenador e o Conselho de Administração Hospitalar.

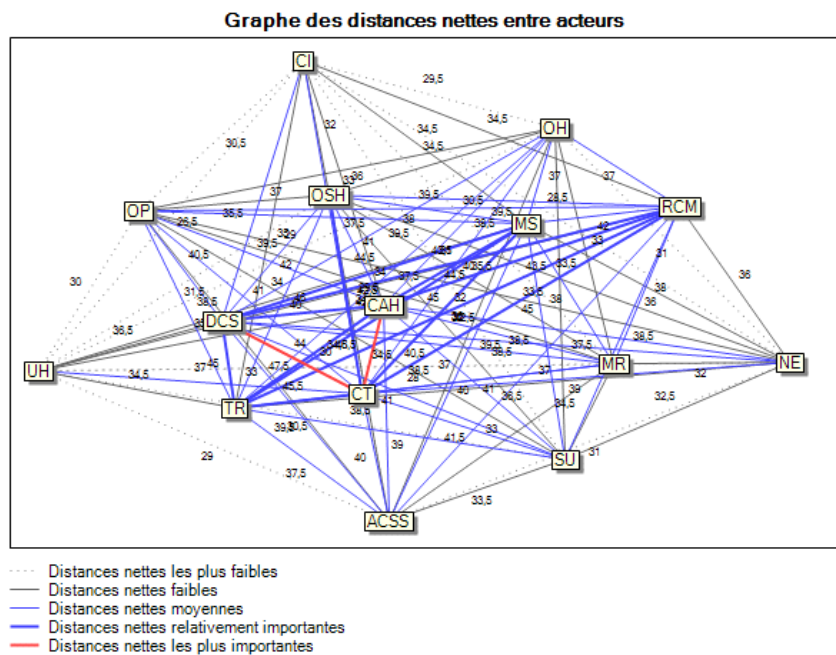
Analisando as redes de ligação entre actores, identificadas nos gráficos 9 e 10 confirma-se o dado anterior.

Gráfico 9. Mapa de rede de distâncias entre actores



Fonte: Estudo

Gráfico 10. Gráfico de rede de distâncias entre actores



Fonte: Estudo

No mapa de distâncias verifica-se a distância entre utentes e cidadãos, relativamente aos outros actores. Relativamente ao gráfico de rede de distâncias as mais importantes são a distância entre a Direcção Clínica do Serviço, o Conselho de Administração Hospitalar e o Técnico Coordenador. Apesar de serem os mais convergentes são também os mais distantes.

6. Considerações Finais

Neste capítulo pretende-se fazer um balanço e reflectir nalgumas considerações futuristas.

Como princípio básico temos as questões orientadoras: - Num serviço de Tomografia Computorizada quais são os actores e objectivos chave para a concretização de implementação de um modelo de qualidade? E operacionalizando uma área de gestão clínica, Qual a estratégia de gestão de risco eficaz numa análise prospectiva de criação de cenários?

A análise realizada pretende descodificar a relação entre actores e entre os objectivos organizacionais, definindo pontos críticos para a mudança organizacional e prioridades estratégicas de actuação.

Penso que as perguntas de investigação só foram respondidas em parte por serem processos ainda em estudo no serviço em causa, os actores intervenientes ainda foram muito teóricos relativamente à implementação de um sistema de gestão de risco, definindo objectivos pouco concretos e rigorosos. Definiram os actores sem dificuldade, enquanto nos objectivos já houve respostas um pouco inesperadas. Mais especificamente nos princípios da gestão de risco também é um tema que os profissionais têm pouco conhecimento relativo à sua implementação, pensam ser um tema pertinente e essencial mas têm dúvidas quanto à sua execução.

A qualidade, neste projecto, foi encarada como um princípio de gestão organizacional, em que o espírito de mudança organizacional dos actores é um aspecto fulcral para implementação de um modelo de qualidade.

No capítulo da apresentação e discussão dos resultados destacam-se os actores Técnico Coordenador, o Conselho de Administração Hospitalar, a Direcção Clínica e os Utentes, enquanto o Ministério da Saúde e as Normas Europeias nunca se consideram muito intervenientes. Estes dados levam a concluir que para os actores intervenientes deste processo da qualidade as chefias de topo políticas não são muito relevantes, relativamente às chefias da própria organização.

Todos os objectivos mais relevantes prendem-se com o papel do coordenador no serviço de Radiologia, relativamente ao seu papel institucional, com o facto de os erros serem considerados oportunidades de melhoria, à motivação dos profissionais para o desenvolvimento de competências que permita ao serviço ser organizado e inovador e ao desenvolvimento de parcerias.

A qualidade de um serviço numa organização de saúde repercute-se nos utentes e nos profissionais podendo ser um entrave o possível aumento de custos imediatos. O papel de um gestor eficiente passa por analisar esta implementação e ver os seus benefícios a longo prazo.

Uma organização que implemente um modelo de qualidade não deve pensar nos prémios que podem advir mas no que a organização pode ganhar, a vários níveis, para os seus profissionais, utentes e sociedade em geral.

Em qualquer organização de saúde o utente é o foco principal, mas com profissionais insatisfeitos os objectivos da instituição não podem ser alcançados. Um sistema de qualidade tem diferentes pontos de vista, dependendo do interveniente, para o utente é importante ter um bom serviço de saúde, que satisfaça as suas expectativas e necessidades, em tempo útil e com custos diminuídos, os profissionais querem ver o seu trabalho reconhecido e valorizado e os gestores querem enaltecer a organização com baixos recursos.

Para a implementação de qualquer sistema num serviço de uma Instituição há que correr riscos, valorizando os pontos fortes, tendo em conta as ameaças, e tentando transformar os pontos fracos em oportunidades.

Como pontos fortes na implementação de um sistema de qualidade podemos considerar a valorização do trabalho em equipas multidisciplinares, aumento das competências dos profissionais, mudança de processos em prol dos utentes e a melhoria do ambiente e cultura organizacional. Dos pontos fracos podemos mencionar a falta de hábito de interagir multidisciplinarmente, a falta de competências, falta de informação dos responsáveis, recursos insuficientes. As ameaças poderão ser a má compreensão da legislação portuguesa, a motivação dos profissionais e falta de tempo para os procedimentos necessários. Oportunidades poderão ser vistas a melhoria de

serviços relativamente a profissionais e utentes, a minimização de riscos, boa comunicação e incremento do trabalho entre equipas multidisciplinares.

Qualquer sistema de qualidade deve recorrer a modelos de baixos recursos, aumentando a sua eficácia, o que acontece com o modelo da *European Foundation for Quality Management*.

Respondendo às perguntas de investigação os actores e objectivos – chave são as chefias directas ao serviço de Imagiologia e os utentes, revelando que os profissionais de saúde trabalham em prol dos utentes, para atingir os objectivos do serviço. Os objectivos relevantes para a implementação do sistema de qualidade prendem-se com o papel do técnico coordenador relativamente aos objectivos do serviço e dos profissionais que trabalham directamente com ele, desenvolvendo um serviço motivado e dedicado. Relativamente à implementação de um sistema de gestão de risco os objectivos principais serão o conhecimento relativo a este sistema e à sua implementação a curto prazo, desenvolvendo as parcerias necessárias a longo prazo, informando todos os profissionais, em todas as fases do processo.

O envolvimento de todos os profissionais é o ponto mais importante para a implementação de qualquer sistema num serviço.

Para a implementação do modelo de qualidade da *European Foundation for Quality Management* pretende-se o interesse e motivação de todos os profissionais de saúde da organização, que estes trabalhem em equipas multidisciplinares, com objectivos comuns, em prol dos utentes e da instituição de saúde a que pertencem. O primeiro passo para implementar este modelo é a auto-avaliação, relativamente à liderança, à gestão das pessoas, à política e estratégia, às parcerias e recursos, aos processos, à satisfação dos colaboradores e clientes, ao impacto na sociedade e ao desempenho, no serviço em questão, definindo objectivos e estratégias a curto e a longo prazo, estimulando a melhoria continua com a presença permanente da inovação e aprendizagem.

O modelo de qualidade da *European Foundation for Quality Management* baseia-se no conceito de liderança eficaz, assumir políticas e estratégias organizacionais, através das pessoas, das parcerias, dos recursos e de processos, cuja aprendizagem, inovação e melhoria contínua irão permitir alcançar os resultados anteriormente definidos para os clientes, pessoas e

sociedade. Dinamicamente todos os parâmetros são avaliados e melhorados permanentemente, podendo a organização ir subindo de nível em nível até atingir a excelência.

Como em qualquer implementação que implique mudança podem ocorrer falhas, riscos e erros, que a organização deve assumir e ultrapassar. Os indicadores de desempenho devem ser bem esclarecidos e medidas de prevenção devem ser adoptadas. Os valores de confiança, transparência e responsabilidade devem ser partilhados e assumidos por todos os intervenientes, particularmente pelos considerados líderes do serviço em causa. No modelo da *European Foundation for Quality Management* os critérios mais pontuados são a satisfação dos clientes, os processos e a liderança, logo são os critérios mais importantes para uma organização ser considerada "excelente". Mas para se atingir a excelência os nove critérios não são suficientes, é necessário o envolvimento total da liderança e avaliações periódicas internas e externas, definindo-os e fundamentando-os quanto ao futuro.

Não devemos esquecer que numa instituição de saúde se trabalha para um bem comum, com foco nos cidadãos e em particular nos utentes, mas se os profissionais de saúde, em todas as áreas estão insatisfeitos, a sua prestação irá ser inferior às suas capacidades. Com a implementação de um modelo de qualidade como o da *European Foundation for Quality Management*, em que a premissa base é a auto-avaliação, os cuidados em saúde ficam a ganhar, em benefício dos cidadãos e da sociedade em geral.

No final da implementação de um modelo de qualidade os profissionais envolvidos não podem parar de trabalhar para manter a organização com os mesmos níveis de qualidade que conseguiu atingir.

7. Plano de Intervenção Sócio – Organizacional

Desenvolvimento de Gestão de Risco

7.1 Fundamentação

Depois da análise crítica, surgiu uma premissa, associada à implementação do modelo de qualidade da *European Foundation for Quality Management*, baseada na gestão de risco quer para profissionais, quer para os utentes.

Aos actores, inseridos no plano de intervenção, era pedido que reflectissem sobre as suas práticas e as perspectivas no futuro da organização. Para poder existir uma cultura de mudança o trabalho em equipa é fundamental e todos os actores intervenientes devem estar conscientes e integrados em todo o processo.

De acordo com o método dos cenários de Michel Godet, nesta fase do projecto, pretende-se delinear uma intervenção, baseando-se nos Seminários Prospectivos, com a formação de uma equipa de reflexão. Esta equipa, composta por actores de vários níveis institucionais, deverão reflectir e desenhar o seu próprio futuro.

7.2 Introdução

Os seminários de prospectiva

Os seminários de prospectiva começaram pela falta de um seguimento numa análise prospectiva. Um grupo de prospectiva para consagrar as suas reflexões, durante o tempo que fosse necessário, implementou o conceito dos seminários prospectivos.

Estes seminários são constituídos por grupos de 10 a 100 indivíduos que tenham um passado organizacional comum, reflectindo sobre as mudanças possíveis e desejáveis. Segundo Michel Godet o grupo ideal terá entre 25 a 35 indivíduos.

Estes seminários devem ser uma rampa no processo de reflexão e de controlo para a mudança organizacional.

Existem quatro tipos de seminários distintos, consoante o objectivo da organização. Estes tipos são: a antecipação e o controlo da mudança, a caça

às ideias feitas; as arbitragens a curto e a longo prazo e a árvore de competências: passado, presente e futuro da organização. (Godet, 1993)

Os participantes deste estudo devem ficar aptos a lidar com os instrumentos de prospectiva estratégica e devem formular o problema da organização, definindo a metodologia estratégica adequada.

7.3 Aplicação prática

Os seminários prospectivos, para esta organização de saúde, são novidade, especialmente no serviço de Tomografia Computorizada. Anteriormente nenhuma equipa se reuniu para discutir o futuro deste serviço, para se implementar, posteriormente, um modelo de qualidade. A reflexão deve ser cuidada e estruturada, com o envolvimento das chefias e de todos os profissionais do serviço. As reuniões devem ser limitadas a um certo número mas ser eficazes do ponto de vista organizacional.

Pela necessidade de mudança, em todos os níveis da organização, para ser possível a implementação deste modelo de qualidade, os seminários prospectivos permitirão ultrapassar todos os obstáculos e contradições, num curto espaço de tempo, mudando consciências dos profissionais envolvidos.

O grupo envolvido nestes seminários, tendo consciência das dificuldades inerentes a este processo, pode definir um método de trabalho adequado às necessidades organizacionais. Estes seminários facilitaram a comunicação, estimularão a imaginação e contribuirão para a melhoria de coerência da análise organizacional (Godet, 1993).

7.3.1. Recursos

Para a realização dos seminários prospectivos serão necessários: uma sala com audiovisuais disponíveis, materiais consumíveis como papel e canetas, um consultor externo à organização que domine esta área prospectiva, profissionais de saúde com cargos de chefia ou não pertencentes ao serviço de Radiologia e ao Conselho de Administração.

7.3.2. Promoção e aceitação do projecto

A implementação do plano de gestão do risco, englobado no modelo de qualidade da *European Foundation for Quality Management*, é uma estratégia definida pelo serviço de Radiologia, em colaboração com o gabinete para a Qualidade e devidamente aprovado pelo Conselho de Administração.

O plano de intervenção deve ser conhecido por todos os intervenientes, incluindo, os técnicos de Radiologia, o Director de Serviço, Médicos e Técnicos Coordenadores. Membros do Conselho de Administração da organização em causa também serão convidados a participar, para se aproximarem quer colaboradores quer decisores, contribuindo para o bem comum organizacional.

No final de cada seminário o consultor externo redige um relatório dessas reuniões divulgando-o a todos os participantes.

7.4 Metodologia de trabalho

Como já foi referido o grupo de trabalho ideal deve ter entre 25 a 35 participantes. Estes intervenientes devem ter uma vivência em comum, reflectindo sobre as mudanças desejáveis e possíveis, controlando uma rede de comunicação organizacional eficaz e um compromisso com as mudanças pretendidas. O grupo é dividido em grupos de cinco a dez pessoas, distribuindo-se pelos seminários distintos. A cada seminário devem assistir pelo menos dois grupos com o propósito de se compararem resultados.

As reuniões terão uma duração de duas a quatro horas. Neste caso excluímos o seminário das arbitragens a curto e a longo prazo, por não ser muito utilizado. O tema de reflexão de cada grupo pode ser escolhido nos seguintes temas, a antecipação e o controlo da mudança, a caça às "ideias feitas" sobre a empresa e as suas actividades e as árvores de competências do passado, presente e futuro.

A primeira reflexão deve ser sobre a Prospectiva Estratégica, permitindo aos intervenientes o conhecimento sobre os conceitos e instrumentos desta metodologia.

No fim de duas sessões, os grupos devem ter delineado e hierarquizado os desafios do futuro organizacional, esclarecendo propriedades, objectivos, o calendário e o método de organização da prospectiva estratégica. Na terceira sessão questiona-se a envolvente, representando a árvore de competências do passado, do presente e do futuro, desenhando as raízes em termos de saberes e competências, o tronco em termos de processo produtivo e os ramos em termos de mercados e produtos. Para delinear o futuro é preciso conhecer bem o passado (Godet, 1993).

Numa segunda fase as reuniões serão de âmbito estratégico, com a mesma duração de duas a três horas. Nestas reuniões pretende-se transformar os desafios do futuro em objectivos e sub - objectivos, em meios de acção e acções a empreender.

A escolha de um método, nesta fase é indispensável para a eficácia dos seminários. Um método rigoroso é um factor importante para um grupo coeso e motivado.

Um consultor externo que saiba conduzir estas reuniões é um elemento chave. Ele deve ser discreto, para não ser rejeitado pelo grupo, sendo o portador do método de trabalho e da abertura de espírito. As melhores ideias não virão dele mas grupo suscitado por ele.

Estes seminários devem permitir liberdade de expressão total, aproveitando o intelecto, de todos os intervenientes.

No decurso do final dos três seminários, que os grupos partilham as suas reflexões e as comparam. Assim, assumem um maior conhecimento dos problemas e dos instrumentos a utilizar.

As actividades e os objectivos estão descritos no cronograma (Quadro 12), no plano de actividades com a sua calendarização (Quadro 13) e a matriz de enquadramento lógico (Quadro 14)

Quadro 12: Cronograma do Plano de Intervenção

	01/2012 a 01/ 2013													
	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 e agendamento com o Consultor Externo e o gabinete de Formação														
4. Promoção e divulgação aos participantes														
5. Ateliers de Prospectiva Recolha Formação em Prospectiva Estratégica Antecipação e apropriação da mudança "Caça" das Ideias Feitas Identificação da Árvore de Competências							4H							
							3H							
6. Reuniões Periódicas de Reflexão								8H		8H		8H	6H	
7. Elaboração e Divulgação do Relatório Final														

Fonte: Autor

Quadro 13: Plano de actividades/ Calendarização

Plano de Actividades	Calendarização
"Ateliês" de prospectiva Formação em Prospectiva Estratégica	1º Dia: 4 horas durante a manhã 14h30: Avaliação de conhecimentos
1º Seminário: Antecipação e Apropriação da mudança	1º dia: 3 horas e 30 minutos durante a tarde (2 subgrupos neste seminário)
2º Seminário: "Caçar" as ideias feitas	1º dia: 3 horas durante a tarde (2 subgrupos neste seminário) 30 min de pensamento individual, 1 hora de discussão de subgrupo.
No final destes dois seminários deverá ocorrer uma reunião de 1h30min de discussão de grupo.	
3º Seminário: Identificação da "Árvore" de Competências	2º dia: 3 horas de manhã (3 subgrupos, 1h de discussão de subgrupo e 2h de construção da árvore)
Reuniões Periódicas de Reflexão	4 Reuniões de Reflexão, de oito e seis horas.
Elaboração e Divulgação do Relatório Final	Na última reunião será elaborado um relatório, por todos os participantes, com os resultados obtidos e reflexões efectuadas.

Quadro 14: Matriz de Enquadramento Lógico

Objectivo Global: Desenvolver os conceitos e práticas associadas à gestão do risco

Objectivo Geral: Implementar o modelo de gestão da qualidade da EFQM num serviço de Tomografia Computorizada

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.	- 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; - Convencer os participantes a assumir um 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 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 de Tomografia Computorizada	- Os participantes perante o objectivo de gestão do risco 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 na gestão do risco, 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 radiologia, permitindo a apropriação de acções existentes ou não na equipa	- Pretende-se que os participantes analisem a fundamentação das ideias feitas e 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, relativamente 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 decodifiquem as competências da organização, os pontos fortes e fracos face ao enquadramento e à implementação do modelo de qualidade da EFQM.
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 normas de gestão do risco.

Fonte: Autor

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.

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; Convencer os participantes a assumir um 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 de 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 sobressaem 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 consegue controlar actualmente;
- Zona das mudanças de importância intermédia, que a organização não controla, e que constituem pontos fracos sem gravidade;
- Zona das mudanças de importância intermédia que a organização controla, e que, no extremo podem constituir "pontos fortes".

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 os pontos fracos e constituir pontos fortes).

A resposta inicial a estas questões deve permitir a:

- Identificação dos objectivos estratégicos face aos principais desafios, que neste caso se definiu como enquadrar e implementar o modelo de qualidade da EFQM.
- 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 de Tomografia Computorizada, que sirva de base a toda a reflexão.

Resultados esperados: Espera-se que os participantes perante o objectivo de gestão do risco 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, analisarem o objectivo estratégico, foco na gestão do risco, 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. Apenas abordamos a primeira fase pela complexidade da segunda.

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 a objectivos cada vez mais detalhados do sistema de decisão ou a meios aplicados.

A construção desta árvore, aparentemente simples, deve respeitar certos terminantes:

- 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 a sua fundamentação e correcção, (nomeadamente face ao que se analisou no "Atelier" anterior);
- Explicitação 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 radiologia, 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 Passado, 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 Tomografia Computorizada, 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 dinâmica estratégica que se pretende com a implementação do modelo de qualidade da *European Foundation for Quality Management*.

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

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 desabrochar de um clima de partilhar entre reflexões individuais de forma a criar uma coesão final. 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 e 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 nas normas necessárias a uma boa gestão do risco.

7.6. Conclusão

Nas instituições de saúde actuais, os cuidados de saúde são multidimensionais. Todos os utentes são examinados por equipas multidisciplinares, em todos os actos na prestação de cuidados de saúde.

Para as equipas trabalharem em prol do utente e da organização devem estar motivados para a participação neste tipo de projectos, tendo a oportunidade de melhorar e alcançar competências, com a formação adequada em tempo útil.

Na organização deste estudo, os vários serviços hospitalares encontram-se isolados uns dos outros, sendo raro encontrar serviços, especialmente na área dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, multifacetados, que interajam dinamicamente, quer entre serviços distintos, quer entre diferentes profissionais do mesmo serviço. Esta dinâmica entre serviços não visa minimizar os poderes de alguns em detrimento de outros mas desenvolvê-los nas suas valências.

Os Seminários Prospectivos pretendem analisar a realidade, indo ao encontro dos interesses da instituição e dos profissionais. Os participantes destes seminários

devem estar motivados e concentrados para participar na reflexão prospectiva. Estes são de fácil realização, já que os recursos são básicos, sendo facilitadores na sua prática.

Na pior das hipóteses a reflexão ficará ser consequências práticas, mas o plano de intervenção poderá ser reformulado até ser praticável para os seus intervenientes.

Qualquer projecto que uma organização pretenda, este não se pode resumir às suas finalidades, também é uma expressão da vontade colectiva de alcançar esses fins, de reconhecer um sistema de valores partilhados, da mobilização por objectivos melhor aceites quando as finalidades correspondentes são expressas nitidamente e objecto de grandes debates (Godet, 1993).

8. Bibliografia

Almeida, R. P., Silva, C. A., Fernandes, A. R., Abrantes, A., Ribeiro, L., & Azevedo, K. (2010). Manual da qualidade e abordagem por processos: o caso de uma sala de mamografia. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira (Eds.), *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*. Lisboa: Sílabo.

Alvarenga, A. (2001). Aplicação do método MACTOR ao processo de integração na Europa - "Nice" e a reforma institucional. *Prospectiva e Planeamento*, N^o 7, pp. 105-182.

Bilhim, J. A. (2006). *Teoria Organizacional, estrutura e pessoas* (5^a ed.). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa (ISCSP).

Caetano, A., Passos, A., Cal, M., Carmo, M., Alcobia, P., Alves, P., et al. (1999). *Mudança organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.

Campenhout, L. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva.

Carvalho, J. C., & Filipe, J. C. (2010). *Manual de Estratégia, conceitos, prática e roteiro* (3^a ed.). Lisboa: Sílabo.

Costa, C. (2005). Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, N^o 5, pp. 7-38.

Creswell, J. (2003). *Research Design - qualitative, quantitative and mixed approaches*. London: Sage Publications.

Cristo, C. M. (2002). Prospectiva Estratégica: instrumento para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas. *VII Congresso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administration Pública*. Lisboa.

Crosby, P. B. (1996). *Quality is still free, making quality certain in uncertain times*. USA: Mc Graw-Hill.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH.

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

Dias, J. (2000). *A "Caixa de Ferramentas" da Prospectiva Estratégica*. Lisboa: Cadernos do CEPES.

Doyon, D., Cabanis, E. A., Frija, J., Halimi, P., & Roger, B. (2004). *Tomografia Computorizada* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Medsi.

Drucker, P. (2000). *Desafios de gestão para o século XXI*. Porto: Editora Civilização.

- Drucker, P. F. (1995). *A gestão numa época de grande mudança*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Drucker, P. F. (2000). *Desafios da gestão para o século XXI*. Barcelos: Civilização.
- Evans, J. R. (2005). *Total Quality Management, Organization and Strategy* (4ª ed.). Canadá: South-Western.
- Fernandes, A. (2000). *Qualidade de serviço pela Gestão Estratégica*. Cascais : Pergaminho.
- Fey, R., & Gogue, J.-M. (1983). *Princípios de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). (J. Henriques, Trans.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fragata, J. (2009). *Governança dos Hospitais*. (L. Campos, M. Borges, & R. Portugal, Eds.) Alfragide: Casa das Letras.
- Glenn, J. C. (1994). www.cgee.org.br/atividades/redirKori/538. Retrieved 2011 Janeiro
- Godet, M. (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. (1993). *Manual de prospectiva estratégica, da antecipação à acção*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Godet, M. (2008). *Prospectiva Estratégica-Problemas e Métodos*. Lisboa: Cadernos do LIPSOR.
- Godet, M., Durance, P., & Gersei, A. (2008). *Strategic Foresight la Prospective-use end misuse of scenario building*. Paris: Cadernos do LIPSOR.
- Golnik, N. (2006). http://manhaz.cyf.gov.pl/manhaz/monography_2006_5/part05/5_N_G_Risk%20management%20and%20radiological%20Safety%20in%20helath%20Care.pdf. Retrieved 2011 Janeiro
- Haigh, B., & Morris, D. S. (2001). *Quality Management*. Sheffield: Hallam University.
- <http://www.fiepr.org.br/observatorios/FreeComponent2264content87568.shtml>. (n.d.). Retrieved 2010 Dezembro
- http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf. (n.d.). Retrieved 2011 Janeiro
- <http://www.solvay.pt/policyandstrategy/tqm/efqm/0,,1201-5-0,00.htm>. (n.d.). Retrieved 2010 Dezembro

http://www.spi.pt/documents/books/inovint/iq/conteudo_integral/acesso_conteudo_integral/capitulo6_texto/capitulo6_4_texto/acc6_4_texto_apresentacao.htm. (n.d.). Retrieved 2010 Dezembro

Jordão, J. (2000). *Strategor, Política Global da Empresa*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Lathouwers, L., & Lynen, I. (n.d.). <http://www.caf.dgaep.gov.pt/media//homepage/10%20years%20of%20CAF%20final%20version.pdf>. Retrieved 2010 Dezembro

Lima, J. P. (1995). *Física dos Métodos de Imagem com Raios X*. Porto: Edições ASA.

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

Louro, A. I. (2009 Junho). Balanced Scorecard, Modelo de Excelência EFQM e Common Assessment Framework, como instrumentos integrados de Gestão da Qualidade nos Serviços Públicos.

Marques, J., Câmara, P. B., & Martins, P. (1999). *Novas perspectivas da gestão*. Lisboa: Pergaminho.

Martin, V., & Henderson, E. (2001). *Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor.

Pereira, M. M. (1995 Janeiro/ Março). A qualidade na gestão dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13 N^o 1 (Administração Hospitalar), pp. 5-10.

Perestrelo, M. M. (1990). *Contributos da prospectiva no estudo da estratégia de actores ao nível da formação - emprego*. Lisboa: PETRA.

Perestrelo, M. M. (2002). Planeamento Estratégico e avaliação. Metodologias de análise prospectiva. *Cidades Comunidades e Territórios*, 4.

Perestrelo, M. M., & Caldas, J. M. (1996). <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/827/1/6.pdf>. (S.-P. e. Práticas, Ed.) Obtido em Agosto de 2011

Perestrelo, M. (2000 Setembro). Prospectiva: Planeamento Estratégico e Avaliação. *Territórios Alternativos*, N^o 2.

Peters, T., & Waterman, B. (1995). *Na senda da excelência* (3^a ed.). Lisboa: Dom Quixote.

Pires, A. R. (2000). *Qualidade, sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Sílabo.

Radiology, E. S. (2004). *Risk Management in Radiology in Europe*. Vienna: ESR/EAR Office.

Strategor, Política Global da Empresa (2^a ed.). (1993). (L. Ramos, Trans.) Lisboa: Dom Quixote.

Revez, S. C., & Silva, C. A. (2010). Visão simbiótica de qualidade em saúde - busca contínua pela melhoria. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira (Eds.), *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (Vol. 1, pp. 46-47). Lisboa: Sílabo.

Saraiva, P. M., d'Orey, J. L., Figueiredo, J., & Almeida, P. C. (2001). *Testemunhos da Qualidade em Portugal*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.

Schraiber, L. B., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I., Castanhera, E. R., & Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Colectiva*, pp. 221-242.

Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., & Torres, A. (2010). *Gestão Estratégica, conceitos e prática*. Porto: Lidel.

Silva, P. R. (2010). *Qualidade dos sistemas de informação num serviço de radiologia*. (C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, Eds.) Lisboa: Sílabo.

Sousa, P. J. (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. A. Silva, M. Teixeira, & A. Teixeira (Eds.), *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (Vol. 1, p. 24). Lisboa: Sílabo.

Staes, P., & Thijs, N. (n.d.). <http://www.caf.dgaep.gov.pt/media//homepage/10%20years%20of%20CAF%20final%20version.pdf>. Retrieved 2011 Janeiro

Swayne, L. E., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2008). *Strategic Management of Health Care Organizations* (6ª ed.). England: John Wiley & Sons.

Uva, A. d. (2006). Avaliação e gestão do risco em Saúde Ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, Nº 6, pp. 5-10.

Zackiewicz, M. (2003 Setembro). Coordenação e organização da inovação: perspectivas do estudo do futuro e da avaliação. *Parcerias Estratégicas*, Nº 17, pp. 193-214.

Zorrinho, C., Serrano, A., & Lacerda, P. (2003). *Gerir em complexidade, um novo paradigma de gestão*. Lisboa: Sílabo.

9. Anexos

Anexo I. Questionário

Anexo II. Pedido de autorização ao Hospital de Faro E.P.E.

Anexo I

Este questionário, elaborado no âmbito dum projecto de mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde leccionado pela Universidade de Évora e Escola Superior de Saúde de Lisboa, destina-se a peritos na área da Qualidade em Saúde.

Tem como objectivo contribuir para um diagnóstico e análise prospectiva que permita a elaboração dum plano de intervenção para implementar o Modelo de Qualidade **European Foudation for Quality Management** (EFQM) num serviço de Imagiologia.

O Modelo EFQM é considerado um modelo de excelência, baseado no conceito de qualidade total e no envolvimento de todos os colaboradores na melhoria contínua da organização.

As suas respostas são fundamentais e determinantes para a realização e qualidade desta investigação, pelo que, solicitamos o vosso empenho em colaborar.

Neste Questionário, não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos items. Responda reflectidamente de forma sincera e objectiva.

O questionário é anónimo e confidencial.

Agradecemos a sua colaboração!

Ana Catarina Bárbara

Joana Dulce Campos

Maria Helena Boeiro

(Técnicas de Radiologia)

SECÇÃO A

A1.- Assinale com um X, as suas opções relativamente ao seu grau de compreensão e interesse nos seguintes conceitos de qualidade para a saúde:

Conceitos	Não compreendo e não estou interessado em compreender	Não compreendo mas estou interessado em compreender	Compreendo em parte	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
	A1.1.- Gestão pela qualidade total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.2.- Melhoria contínua da qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.3.- Modelo European Foundation for Quality management (EFQM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.4.-Controlo de qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.5.- Eficácia Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.6.- Formação ao longo da vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.7.-Objectivos estratégicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.8.- Auto-avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.9.- Gestão do Risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1.10.-Governança Clínica	<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 qualidade para a saúde no seu serviço de imagiologia.

Aspectos gerais	Sim	Não
A2.1.- Considera que o Serviço de imagiologia onde trabalha tem profissionais com formação em qualidade para a saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.1.1.- Se respondeu “Não”, considera que essa situação condicionará negativamente a aplicabilidade do modelo para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.2.- Considera que o serviço de Imagiologia onde desempenha funções tem objectivos estratégicos de melhoria contínua da qualidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2.3.- Tem conhecimento da existência de um plano de intervenção para a melhoria da qualidade no seu serviço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Unidade de Tomografia Computorizada					
A3.1.- O coordenador de serviço transmite, claramente, qual a missão, visão e valores relativos ao serviço em que trabalha	①	②	③	④	⑤
A3.2.- O coordenador de serviço antecipa e reage às mudanças da organização para assegurar o bom funcionamento do serviço de Tomografia Computorizada.	①	②	③	④	⑤
A3.3.- A existência de estratégias para a Gestão do Risco é importante no serviço de Tomografia Computorizada.	①	②	③	④	⑤
A3.4.- No serviço de Tomografia Computorizada os erros são considerados oportunidades de melhoria.	①	②	③	④	⑤
A3.5.- O ambiente de trabalho, no serviço de Tomografia Computorizada, é organizado e aberto à inovação.	①	②	③	④	⑤
A3.6.- No serviço de Tomografia Computorizada existe motivação para desenvolvimento de competências.	①	②	③	④	⑤
A3.7.- É essencial a sua instituição hospitalar desenvolver parcerias.	①	②	③	④	⑤
A3.8.- Conheço alguma das várias parcerias que a instituição hospitalar tenha protocolado.	①	②	③	④	⑤
A3.9.- É essencial conhecer o processo de implementação do modelo EFQM antes de ser implementado no serviço de Tomografia Computorizada.	①	②	③	④	⑤
A3.10.- O envolvimento de todos os funcionários é essencial para a melhoria da Qualidade Total em Tomografia Computorizada.	①	②	③	④	⑤

CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

D1.- Género

- 1. Masculino
- 2. Feminino

D2.- Idade

|_|_| anos

D3.- Actividade Profissional Actual

- 1. Médico (a) especialista em Radiodiagnóstico
- 2. Técnico de Radiologia
- 3. Assistente técnico
- 4. Assistente operacional

D4.- Grau académico

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

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

- 1. T.A.C.
- 2. Radiologia Convencional
- 3. Mamografia
- 4. Bloco operatório
- 5. Outro _____

D6.- Antiguidade na Profissão

|_|_| anos

D7.- Tempo de Trabalho no Hospital

|_|_| anos

D9.- Cargo de Coordenação/ Chefia

- 1. Sim
- 2. Não

Obrigada pela Sua Participação

Anexo II

Exma. Directora Clínica do Hospital de Faro EPE

Universidade de Évora – ESTEsL, 16 de Fevereiro de 2011

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

No âmbito da realização de uma Tese de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional em saúde, com especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade de Évora com parceria da Escola de Tecnologias da Saúde de Lisboa, ir – se – à realizar um estudo que se intitula: Contributos para a implementação dum modelo de gestão da qualidade num serviço de Tomografia Computorizada: uma análise prospectiva.

Para que possa ser cumprido o objectivo do referido estudo, solicito a V/ Ex.^a que autorize a colheita dos dados necessários para processo de pesquisa, assumindo total confidencialidade dos dados, uma vez que, a sua utilização será apenas para manuseamento estatístico, interpretação e análise.

Mais informo que, caso V. Ex.^a autorize o referido estudo, o mesmo não implicará qualquer tipo de encargos financeiros nem perturbará o normal funcionamento dos serviços.

Com os melhores cumprimentos,
Joana Campos