

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

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

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM
MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE NUMA UNIDADE DE
MAMOGRAFIA DE UM SERVIÇO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Catarina Bernardo Bárbara

Nº6286

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. Doutor António Abrantes

Évora/Lisboa

Março, 2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

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

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM
MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE NUMA UNIDADE DE
MAMOGRAFIA DE UM SERVIÇO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Catarina Bernardo Bárbara

Nº6286

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Co-Orientador:

Prof. Doutor António Abrantes

Évora/Lisboa

Março, 2012

Dedico esta dissertação ao Zé e à minha mãe, que me acompanharam com tanta compreensão e apoio ao longo deste ano.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o meu enorme agradecimento:

Ao Professor Carlos Alberto da Silva, pela disponibilidade, paciência, motivação e excelente orientação;

Ao Professor António Abrantes pela disponibilidade, sugestões e contribuições;

Aos meus colegas, pela paciência e disponibilidade para fazerem parte deste estudo;

À minha colega Lena, com quem partilhei momentos de grande companheirismo;

À minha família, que através da amizade e compreensão me apoiaram ao longo deste tempo.

RESUMO

A qualidade dos cuidados de saúde prestados tem-se revelado uma preocupação crescente. A garantia, monitorização e melhoria contínua da qualidade devem ser contemplados nos objectivos primordiais das instituições de saúde.

Assim, o presente estudo pretende contribuir para a criação de um plano estratégico que permita a implementação de um sistema de gestão da qualidade (modelo *European Foudation for Quality Managment*) numa Unidade de Mamografia.

A metodologia aplicada será prospectiva, através da adaptação do Método dos Cenários de *Michel Godet*. A aplicação desta metodologia permitiu traçar uma lógica relacional entre actores, os seus objectivos e as estratégias sobre as quais os principais actores se articulam.

Os resultados obtidos mostram que as chefias intermédias apresentam um papel central neste jogo de actores, no que respeita à capacidade de concretização de objectivos. Por outro lado, ficou visível a notoriedade dada ao utente enquanto foco da prestação de cuidados de saúde.

Deste modo, são apresentadas orientações estratégicas que vão no sentido de um plano horizontal de liderança e na maximização da contribuição dos colaboradores, entre outras.

Palavras-chave: qualidade, garantia da qualidade, sistema de gestão da qualidade total, prospectiva, planeamento estratégico.

Strategic guidelines for the development of a quality management model in a mammography unit of an hospital service

ABSTRACT

The quality of health care provided has proved to be a growing concern. The assurance, monitoring and continuous quality improvement must be addressed in the main objectives of health institutions.

Thus, this study intends to contribute to the creation of a strategic plan that allows the implementation of a quality management system (model European Foundation for Quality Management) in Mammography Unit.

A prospective methodology will be applied, by adapting the scenario method of *Michel Godet*. This methodology allowed us to outline a relational logic between actors, their objectives and strategies on which the main actors are articulated.

The results show that middle managers have a central role in this interplay of actors, as regards the ability to achieve objectives. On the other hand, it was visible the notoriety given to the user as the focus of health care.

Thus, strategic directions are given to promote a plan of horizontal leadership, maximizing the contribution of employees, among other.

Key-Words: quality, quality assurance, system of total quality management, prospective, strategic planning.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ACRÓNIMOS	XI
I. INTRODUÇÃO	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. Qualidade em Saúde	5
2. Sistema de Gestão da Qualidade	8
3. O Modelo de Excelência European Foundation for Quality Management (EFQM)	10
3.1. Gestão pela Qualidade Total (TQM) e European Foundation for Quality Management (EFQM).....	11
3.2. Componentes e Características do Modelo EFQM	11
4. Mudança Organizacional nos Sistemas de Saúde	14
4.1. Liderar a mudança.....	17
5. Mamografia.....	18
5.1. Qualidade em Mamografia	19
III. METODOLOGIA.....	21
1. Prospectiva Estratégica	21
1.1 O Desenvolvimento da análise prospectiva	21
1.1.1. Prospectiva Estratégica - Método dos Cenários.....	22
2. Desenho do estudo	27
2.1. Delimitação do Sistema – Caracterização da Unidade em Estudo.....	27
2.2. Instrumento de recolha de dados	31
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
1. Análise dos conceitos de qualidade para a saúde.....	33
2. Análise do jogo de actores – Método MACTOR®	34
2.1. Relação entre actores.....	34
2.2. Posição dos actores em relação aos objectivos	40
3. Análise Estrutural – Método MICMAC®	47
4. Discussão dos resultados	53
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58

VI. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	60
VII. BIBLIOGRAFIA.....	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Número de exames realizados na Unidade de Mamografia antes e depois do processo de digitalização.....	29
Quadro 2. Grau de interesse e compreensão dos conceitos apresentados.	33
Quadro 3. Matriz de influências directas (MID)	35
Quadro 4. Relação entre o grau de influência e dependência directa (primeiras três posições)	35
Quadro 5. Matriz dos meios de acção directos e indirectos (MIDI).....	36
Quadro 6. Relação entre o grau de influência directa e indirecta, e o grau de dependência directa e indirecta (primeiras três posições).....	36
Quadro 7. Matriz do balanço líquido de influências.....	39
Quadro 8. Coeficiente de relação de força entre actores.	40
Quadro 9. Matriz das posições simples (1MAO).	42
Quadro 10. Matriz das posições valorizadas (2MAO).	43
Quadro 11. Relação entre a implicação dos actores e a mobilização de objectivos (posições valorizadas).	43
Quadro 12. Matriz ponderada das posições valorizadas (3MAO)	45
Quadro 13. Número de exames prescritos por serviços hospitalar, em 2010 (primeiras três posições)	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo EFQM.....	12
Figura 2. Modelo EFQM com referências às percentagens aplicadas para avaliação. 13	
Figura 3. O triângulo grego.	24
Figura 4. Método dos Cenários.....	26
Figura 5. Plano de influências e dependências directas e indirectas entre actores.	38
Figura 6. Mapa de distância entre objectivos.	44
Figura 7. Gráfico de convergência entre actores de ordem 2.....	46
Figura 8. Plano de distância entre actores.	47
Figura 9. Plano de influência e dependências directas.	49
Figura 10. Gráfico de influências directas.	51
Figura 11. Gráfico de influências indirectas.	52

ACRÓNIMOS

DGS Direcção Geral da Saúde

EFQM European Foundation for Quality Management

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS Organização Mundial da Saúde

RADAR Resultados, abordagem, desdobramento, avaliação e revisão.

SGQ Sistema de Gestão da Qualidade

TQM Gestão da Qualidade Total

I. INTRODUÇÃO

É do conhecimento geral que “os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) decorrem, em larga medida, das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando, ao longo de mais de um século, para alcançar significativos objectivos sociais, em particular a melhoria dos níveis de saúde” (Simões, 2005, p.29). Ainda segundo Simões (2005) “a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde e as reformas que se vão desenhando em muitos países são hoje o resultado de acertos necessários nas políticas para responder às expectativas de cidadãos, cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, e às dificuldades dos governos confrontados com o crescimento dos gastos em saúde. “ (p. 29)

A qualidade em saúde é vista actualmente como uma exigência de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde, sendo considerada um atributo essencial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 1980 iniciou o desenvolvimento de programas de garantia de qualidade, uma vez que esta se tornou uma das suas grandes preocupações. Várias razões contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre elas cabe mencionar (OMS, 1988; Shaw e Kalo, 2002): i) a não adequada segurança dos sistemas de saúde; ii) a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; iii) a insatisfação dos utentes; iv) o acesso desigual aos serviços de saúde; v) as longas listas de espera; vi) o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia. Enfim, a constatação da alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais – seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas –, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a factores epidemiológicos ou clínicos, tem representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde. (Serapioni, 2009)

Em Portugal o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde iniciou-se muito lentamente na década de 80, tendo tido o seu maior impulso a partir de 1990.

A Direcção Geral da Saúde (DGS) em 1993 emitiu uma circular normativa que determinava a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de

saúde, com as atribuições de desenvolver e implementar programas de garantia de qualidade. Na verdade, constataram-se pouco efeitos práticos, já que, mesmo nos serviços onde foram criadas, estas comissões foram, na generalidade, inoperantes. (Pisco e Biscaia, 200)

Ortigosa citado por Serapioni (2009) defende que a qualidade implica a presença de culturas, competências e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 20 anos, quando a centralidade do cidadão foi reconhecida e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde, superando as resistências das corporações administrativas e profissionais.

O que antes era aceite de forma passiva pelos utentes, é agora questionado. O grau de exigência do público, a sua maior intolerância em relação ao erro e à falta de qualidade, são factores que motivam a busca da Qualidade nas suas várias dimensões.

Actualmente, o crescimento da despesa em saúde em Portugal impõe uma pressão crescente na necessidade de eficiência e efectividade em saúde.

A qualidade e a sustentabilidade são conceitos tão relacionados que não podemos sentir os valores da qualidade como estáveis, se não forem integrados numa estratégia de longo prazo, que inclua as responsabilidades das organizações para com o ambiente natural e social, apoiada no conceito de desenvolvimento sustentável. (Capricho e Lopes, 2007)

Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da qualidade não passa somente por questões de inspecção e de padronização, passa sim, por uma procura contínua de oportunidades que reduzam a complexidade desnecessária e o desperdício, que permita o uso de métodos de melhoria da qualidade para atingir novos níveis de eficiência, satisfação do utente, segurança e efectividade clínica.

Actualmente a Imagiologia desempenha um papel fundamental na Medicina, nomeadamente a nível do diagnóstico. Sendo altamente requisitada nas Instituições Hospitalares. A Mamografia é uma área da Imagiologia, que produz exames diagnósticos com elevada sensibilidade e especificidade, pelo que a produção de uma imagem com qualidade diagnóstica depende de variados critérios, que tanto dizem respeito ao equipamento, como às capacidades e ao rigor do profissional que executa o exame. Neste contexto, evidencia-se a formação ao longo da vida profissional como

uma necessidade essencial para atingir estes requisitos. Esta, é uma área em que existe uma estreita colaboração entre vários membros da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, a procura de qualidade pelas Organizações prestadoras de Cuidados de Saúde tem-se tornado crescente, sendo a adopção de um sistema de gestão da qualidade uma decisão estratégica das organizações.

Surge assim o modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), que parte do conceito de Gestão pela Qualidade Total. Este modelo permite realizar um diagnóstico e uma avaliação do grau de excelência atingido por uma organização, e estimular a sua melhoria contínua.

O Modelo de Excelência EFQM baseia-se na seguinte premissa: “Resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na Condução da Política Estratégica, a qual é transferida através das Pessoas, das Parcerias e Recursos, e dos Processos”. (EFQM, 2003)

Para a implementação de um qualquer modelo de qualidade, é necessário criar condições, e este processo pode passar pela realização de uma análise prospectiva que permita delinear os trajectos a percorrer para tornar a implementação possível.

Neste contexto está presente a visão de Prospectiva Estratégica. Esta visão, está ligada à construção de um futuro, onde existem forças de diferentes intensidades e com diferentes sentidos. A identificação, compreensão e forma de manipular estas forças é a base da Prospectiva Estratégica. Neste sentido, surge o Método dos Cenários de Michel Godet, que visa organizar um exercício prospectivo, contemplando uma metodologia que permite antecipar possíveis realidades exequíveis.

Assim, pretendem-se identificar caminhos que podem transformar um cenário possível, numa realidade, podendo ser propulsora de discussões críticas entre os profissionais, promovendo o enriquecimento profissional. Acima de tudo, pretende-se desenvolver a base para implementação do Modelo de Qualidade EFQM, que permita futuramente a prestação de cuidados de saúde com maior qualidade e que garantam eficiência e efectividade numa unidade de Imagiologia hospitalar, designadamente ao nível da Mamografia.

Neste contexto, surge a pergunta de partida que propulsiona o desenrolar deste processo de investigação:

Quais as interacções estratégicas e as relações de dependência/influência entre os actores-chave, e o grau de concretização dos seus objectivos estratégicos para o desenvolvimento do modelo EFQM numa unidade de Mamografia?

Surge assim como objectivo geral, a elaboração de um diagnóstico, e análise das orientações estratégicas para o desenvolvimento dum sistema de gestão da qualidade (SGQ) numa unidade de imagiologia hospitalar através da implementação do modelo EFQM numa unidade de mamografia numa instituição hospitalar da Região do Algarve. Como objectivos específicos, a identificação das características da Unidade de Mamografia Hospitalar, bem como as do ambiente envolvente em que se insere; A caracterização da estrutura das variáveis internas e externas do sistema, a identificação das interacções estratégicas, das relações de dependência/influência entre os actores-chave, e o grau de concretização dos seus objectivos estratégicos para o desenvolvimento do modelo EFQM numa unidade de mamografia.

Este trabalho é constituído por sete capítulos. O capítulo um corresponde à introdução, onde são fornecidos dados relativos ao problema em estudo e objectivos do trabalho; o capítulo dois é constituído pelo enquadramento teórico, onde são abordadas as temáticas principais, que permitem a compreensão do problema; o capítulo três corresponde à parte metodológica do trabalho, onde é explicada a metodologia aplicada, bem como o questionário utilizado; o capítulo quatro é constituído pela apresentação e discussão dos resultados, onde estes são descritos e relacionados; o capítulo cinco corresponde às recomendações estratégicas elaboradas a partir dos resultados obtidos; o capítulo seis corresponde às considerações finais, e por fim, o capítulo sete é constituído pelas referências bibliográficas utilizadas para a elaboração deste trabalho.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Qualidade em Saúde

Nas últimas décadas diversas abordagens à qualidade foram realizadas, nomeadamente por Edwards Deming, Philip Crosby, Joseph Juran. A problemática da qualidade é vista actualmente como uma questão intemporal, pois sempre existiu e continuará a existir, uma vez que faz parte dos valores do ser humano.

A questão central prende-se com a qualidade como o motor de um processo de mudança que nos conduz à aprendizagem permanente e à melhoria contínua dos saberes nas organizações, para que os seus valores se instalem ao longo de toda a cadeia de valor e a transformem numa “cadeia de qualidade”, onde a mudança e a aprendizagem interagem permanentemente, permitindo a emergência da aprendizagem organizacional. (Capricho e Lopes, 2007)

No que respeita ao sector da saúde, a qualidade assume algumas particularidades, uma vez que deverá ser orientada para as necessidades e vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde.

A preocupação com a garantia da qualidade na prestação de cuidados de saúde teve início no principio da década de XX. Iniciou-se nos Estados Unidos a Quality Assurance, um método que pretendia controlar e reduzir a grande variabilidade de resultados terapêuticos, mas a partir de 1989 com o estudos de Donabedian, entre outros autores, é que o conceito de garantia de qualidade se desenvolve conceitual e metodologicamente, e é difundido. (Serapioni, 2009)

Segundo Donabedian desenvolveu na década de 60 um modelo unificado para a qualidade em saúde, baseado em três componentes:

- Estrutura (condições físicas, humanas e organizacionais);
- Processo (dinâmica do cuidado de saúde, inter-relação entre prestador e receptor de cuidados);
- Resultados (produto final da assistência prestada). (Donabedian,1981)

Donabedian citado por Sousa (2008), defende que “ao relacionarmos os cuidados que os doentes recebem, como outcomes verificados, a análise dos resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde.” (p.46)

Posteriormente também Maxwell (1984) desenvolve um modelo para a qualidade em saúde, em que estabelece que esta pode ser dividida em várias dimensões:

- Acessibilidade aos serviços;
- Relevância (aplicabilidade de acordo com as necessidades da população);
- Efectividade (para os doentes individuais);
- Equidade (imparcialidade);
- Aceitabilidade social;
- Eficiência (maximização dos resultados).

O desenvolvimento deste modelo trouxe a possibilidade de avaliar a qualidade, quer a um nível específico, quer a um nível global, de acordo com o número de dimensões a avaliar.

Uma vez que a qualidade foi identificada como um ponto fulcral no que respeita ao desenvolvimento da organizações de saúde, importa conhecer alguma perspectivas:

- A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), refere qualidade em saúde como, “O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (Sousa, 2006, p.310)
- Segundo Bittar (1999) qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao doente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis, dado o presente estado da arte.
- O Ministério da Saúde Português em 1998 (Sistema Português da Qualidade na Saúde) define “Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integralmente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade.”

Actualmente, em Portugal existe um Sistema de Saúde tendencialmente gratuito, assumindo o Estado o papel de garantir cuidados de saúde a todos os cidadãos, assegurando a existência de equidade através do uso adequado de medidas de redistribuição social.

A conjectura económica que se vive actualmente no país concorre directamente com a garantia de qualidade devido ao crescimento da despesa em saúde e às preocupações com “contenção de custos”. Torna-se, portanto, imperativo especificar o

que é qualidade em saúde, para que esta possa ser mensurada, de forma a aferir o desempenho das Organizações de Saúde. Deste modo, será possível garantir a melhoria da qualidade da saúde da população, que deverá ser um dos imperativos numa sociedade civilizada.

A qualidade dos serviços de saúde que são prestados à população tem sofrido um incremento. O incremento verificado deve-se principalmente a: (Barros,1999)

- Preocupações com a contenção de custos;
- Maior atenção da população aos aspectos da qualidade;
- A qualidade é cada mais um factor de escolha;
- Alteração dos mecanismos de financiamento, com a introdução de risco financeiro para os prestadores, criando algum receio de uma diminuição da qualidade. (Barros, 1999)

Biscaia citado por Sousa (2006) defende que dificilmente, nos dias de hoje, se conhecem intervenções na área da saúde, ou que sobre ela incidam, que não tenham considerações, questionem ou manifestem preocupação sobre a qualidade em saúde, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a qualidade em saúde tem duas dimensões, de estrutura e de processo.

Qualidade da Estrutura refere-se à utilização adequada dos recursos de modo a atingir os resultados esperados. São exemplos, a competência profissional, a eficiência administrativa, a locação eficiente de recursos.

Qualidade do Processo é referida à adequação dos serviços aos resultados esperados e tem ainda três dimensões: técnica, relações interpessoais e organizacional.

- *Dimensão técnica dos serviços – a qualidade é definida por critérios e normas profissionais sustentadas na evidência técnico-científica e em boas práticas.*
- *Dimensão das relações interpessoais - integra a interacção psicológica e social entre utilizadores e prestadores nomeadamente, a solicitude, apoio e atenção à satisfação do cidadão e do profissional, no respeito pela pessoa.*

- *Dimensão organizacional - globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços, isto é, o carácter multi-profissional e inter-organizacional dos cuidados.*” (DGS, 2010, p.9)

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde prestados constitui tema de interesse há décadas. Em Portugal começa a ser visível uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas organizações, no entanto esta problemática, não pode ser reduzida a uma dimensão, terá que ser vista na sua globalidade. Apenas quando todas as dimensões forem integradas mutuamente, poderão oferecer uma adequada resposta às expectativas e necessidades de quem utiliza os serviços de saúde.

2. Sistema de Gestão da Qualidade

A gestão permite conduzir uma organização com vista ao cumprimento dos seus objectivos. A criação de um sistema de gestão da qualidade pode ser traduzida na criação de medidas organizacionais que transmitam a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado ao mínimo custo.

Os objectivos de um sistema de gestão da qualidade são: (Pires,2000)

- a) Fornecer uma abordagem sistemática de todas actividades que possam afectar a qualidade;
- b) Privilegiar as actividades de prevenção ao invés de confiar apenas na inspecção;
- c) Fornecer uma evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada. (Pires, 2000)

“As empresas e instituições que definiram como objectivo global atingir a qualidade de forma sustentável, têm de repensar os seus propósitos, para fazer o que está certo no momento certo, para a própria organização e para a sociedade, permanecendo receptivas à mudança, para poderem transformar a ameaças em oportunidades. Estas organizações repetem, continuamente, os ciclos de aprendizagem/reaprendizagem inovando e rotinizando, de forma a ajustarem-se permanentemente ao mercado e às suas necessidades para poderem obter e perpetuar o sucesso.” (Capricho e Lopes, 2007, p.126)

Quando uma organização opta por adoptar um sistema de gestão da qualidade, este deve aparecer alinhado nas suas decisões estratégicas, uma vez que um sistema de gestão da qualidade contempla um conjunto de elementos interligados, integrados na organização, que trabalham coordenados para estabelecer e alcançar o cumprimento da política e dos objectivos da qualidade, dando consistência aos produtos e serviços para que satisfaçam as necessidades e expectativas dos seus utentes, tendo sempre em atenção os custos. (Pires, 2000)

Actualmente, vivemos numa economia globalizada, em que não existem fronteiras, sendo portanto o grau de competitividade entre organizações cada vez mais renhido. Para que uma organização sobreviva, torna-se muito importante a existência de um sistema de gestão global, isto é, que englobe toda a organização. Nesta linha de pensamento, surge a gestão da qualidade total (TQM). Um Sistema de Gestão da Qualidade Total procura maximizar os resultados das organizações, através da satisfação simultânea de todos os intervenientes na organização.

O conceito de “controlo da qualidade total” foi criado em 1949, por Feigenbaum. Sendo difundido por Ishikawa, que deu um enfoque especial a este conceito, ao complementá-lo, através da aposta no envolvimento de todas as divisões da empresa na promoção do controlo da qualidade.

“Ishikawa refere que a qualidade total é, essencialmente, uma disciplina prática que começa com o controlo de qualidade, referindo, igualmente, que o verdadeiro controlo de qualidade assenta nos Círculos de Controlo de Qualidade. Destaca, que apesar do conceito de qualidade ser bastante antigo, a sua prática tem evoluído nas empresas ao longo do tempo, podendo destacar-se três fases:

- a. O controlo de qualidade e a garantia de qualidade valorizam a inspecção;*
- b. O controlo de qualidade valoriza todo o processo de fabricação do produto e a garantia de qualidade está voltada para o controlo do processo;*
- c. O controlo de qualidade e a garantia de qualidade enfatizam o desenvolvimento de novos produtos e passam a envolver toda a empresa.*

Segundo Ishikawa, só na terceira fase podemos falar do verdadeiro Controlo de Qualidade Total e Garantia de Qualidade, onde a participação e o envolvimento de toda a empresa e dos subcontratantes é uma realidade.” (Capricho e Lopes, 2007, p.49)

O mundo moderno tem sido alvo de profundas e aceleradas transformações (económicas, políticas e sociais) que têm levado os gestores de instituições de saúde a adoptarem estratégias diferenciadas e criativas para elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. As organizações são constituídas por potencial humano e processos produtivos, sendo as tecnologias envolvidas cada vez mais complexas, o que acarreta dificuldades, nomeadamente de organização, interpretação e de comunicação. Assim, um sistema de gestão da qualidade pode ser uma ferramenta útil para identificar, direccionar e solucionar diversos tipos de problemas das instituições de saúde. (Pires, 2000)

O desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. A racionalização da oferta de cuidados, visando uma melhoria permanente e uma integração em harmonia das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, etc., certamente serão benéficas ao doente e à comunidade. (Bittar, 1999)

A melhoria contínua da qualidade na saúde é essencialmente um processo de mudança. Trata-se de mudar de: (Pisco e Biscaia, 2001)

- Uma prática baseada na experiência para uma prática baseada na «evidência científica» e na escolha informada do cidadão;
- Uma melhoria baseada só no desempenho profissional para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros;
- Uma qualidade monodisciplinar para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de cuidados de saúde;
- Uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade. (Pisco e Biscaia, 2001, p.50)

3. O Modelo de Excelência European Foundation for Quality Management (EFQM)

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) ou Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade foi fundada em 1988 pelos presidentes de catorze companhias europeias de diferentes sectores de actividade. Actualmente esta fundação é constituída por mais de setecentos organismos membros. Esta fundação desenvolveu o modelo EFQM, que tem como objectivo promover um quadro metodológico para a

avaliação da melhoria de qualidade. Este, é um modelo genérico, aplicável a todas as organizações, independentemente da dimensão ou sector de actividade.

3.1. Gestão pela Qualidade Total (TQM) e European Foundation for Quality Management (EFQM)

A Gestão pela qualidade total (TQM) como já foi referido anteriormente, pode ser definida como uma estratégia global de negócios. Isto é, as actividades da organização têm como finalidade satisfazer todas as partes envolvidas. Esta estratégia de gestão é orientada para criar consciência de qualidade em todos os processos organizacionais. São introduzidas melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já existentes, procurando sempre a qualidade. Neste tipo de gestão são envolvidos todos os membros da organização.

O modelo EFQM, parte do conceito de Gestão pela Qualidade Total, permite realizar um diagnóstico e uma avaliação do grau de excelência atingido por uma organização, e estimular a sua melhoria contínua.

A implementação do modelo EFQM requer que a organização tenha uma cultura que permita a aprendizagem através dos erros detectados, uma vez que o primeiro passo para que resulte a sua implementação é aferir o nível de qualidade que a organização tem de início.

Para se aplicar este processo de certificação de qualidade foram desenvolvidos um conjunto de critérios de qualidade. Este modelo é composto por nove critérios (figura 1), onde cada um deles diz respeito a uma parte integrante da organização. Cada critério tem instrumentos que permitem a quantificação/classificação do desempenho da organização a esse nível. No final as classificações são ponderadas e é possível obter uma pontuação para a qualidade total da organização.

O modelo EFQM é uma ferramenta que permite que a organização faça uma auto-avaliação e que procure o caminho da excelência de uma forma orientada, através da compreensão das suas lacunas e trabalhando nas suas soluções.

3.2. Componentes e Características do Modelo EFQM

Este modelo foi desenvolvido tendo por base conceitos fundamentais de excelência que integram a Gestão pela Qualidade Total. Os conceitos de excelência são adaptados em função do progresso feito pela organização.

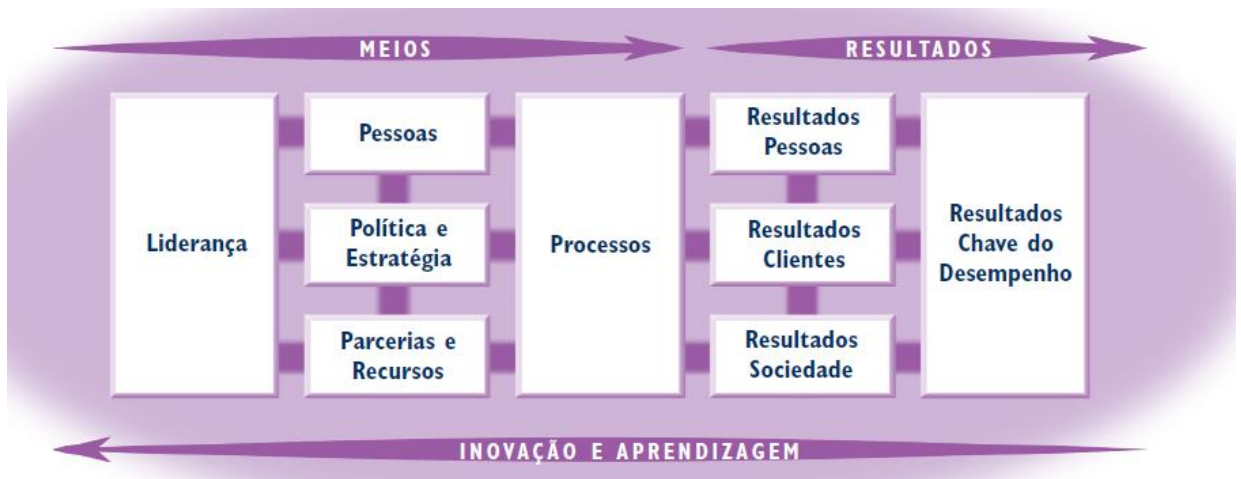


Figura 1. Modelo EFQM

Fonte: EFQM , 1999-2003, p.5

O modelo EFQM baseia-se na seguinte premissa: “Resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na Condução da Política Estratégica, a qual é transferida através das Pessoas, das Parcerias e Recursos, e dos Processos”. (EFQM , 1999-2003)

Este é um modelo amplo, que permite contemplar a organização enquanto todo, valorizando e incentivando à inovação e aprendizagem como forma de progressão e obtenção de melhores resultados.

No coração do Modelo encontra-se a lógica designada por RADAR. Os elementos do RADAR são Resultados, Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão. Os elementos Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão devem ser considerados na avaliação dos critérios de Meios, enquanto o elemento Resultados deve ser considerado na avaliação dos critérios de Resultados. Os critérios de Meios referem-se à forma como são realizadas as actividades da organização e os critérios de Resultados referem-se à forma como os resultados estão a ser alcançados. (EFQM , 1999-2003)

Os conceitos fundamentais de excelência segundo EFQM (1999-2003), são:

- Orientação para os resultados, atingir resultados que satisfaçam todas as partes integrantes da organização;
- Foco no cliente, criar valor sustentável para o cliente;

- Liderança e persistência nos objectivos, uma liderança com visão e constância de propósitos;
- Gestão por processos e factos, gerir a organização como um todo, através de um conjunto de sistemas, processos e factos interrelacionados;
- Desenvolvimento e envolvimento das pessoas, maximizar a prestação dos colaboradores através do seu envolvimento e desenvolvimento;
- Aprendizagem, inovação e melhoria contínuas, utilizar a aprendizagem para impulsionar a inovação e novas oportunidade de melhorar;
- Desenvolvimento de parcerias, manter e desenvolver parcerias com valor acrescentado;
- Responsabilidade social corporativa, empreender esforços que permitam responder às expectativas as diversas partes integrantes da sociedade relacionadas com a organização.

Como componente integrante deste Modelo aparece a auto-avaliação e a melhoria de desempenho. A auto-avaliação integra este Modelo, sendo uma actividade a realizar de forma sistemática e regular, que permita avaliar os resultados que estão a ser obtidos, e deste modo detectar os pontos forte e ainda onde é possível atingir melhores resultados.



Figura 2. Modelo EFQM com referências às percentagens aplicadas para avaliação.

Fonte: EFQM , 1999-2003, p.13

Segundo EFQM (1999-2003), as organizações que aplicam o Modelo EFQM para efeitos de auto-avaliação têm vários benefícios, nomeadamente:

- Acesso a abordagens altamente estruturadas, baseadas em factos, para a identificação e avaliação de pontos fortes e áreas de melhoria, bem como para a monitorização periódica do progresso da organização;
- Educação das pessoas nos Conceitos Fundamentais da Excelência o que constitui uma ferramenta para a gestão e melhoria da organização, e para a forma como esta lida com as suas responsabilidades;
- Integração das várias iniciativas de melhoria nas operações correntes;
- Permite a comparação com outras organizações, de natureza similar ou distinta, através da utilização de um conjunto de critérios amplamente aceites em toda a Europa, bem como a identificação e a partilha de “boas práticas” na organização. (p.9)

As auto-avaliação culminará com o planeamento de acções de melhoria. Por sua vez, a implementação destas acções será controlada de maneira a que seja possível avaliar os progressos obtidos. Acaba por ser um processo cíclico que possibilita dentro de uma organização empreender acções com vista a alcançar uma melhoria genuína e sustentada. (EFQM , 1999-2003)

O Modelo EFQM integra um Esquema de Reconhecimento dos Níveis de Excelência da EFQM. Isto é, permite situar as organizações ao longo do seu trajecto pela melhoria contínua e excelência. É um esquema composto por vários degraus que correspondem à maturidade actual da organização. Este Esquema de Reconhecimento é gerido a nível europeu pela EFQM e a nível nacional, pelos Parceiros Nacionais. Este esquema, tem como finalidade proporcionar reconhecimento às organizações, independentemente do seu patamar de maturidade.

4. Mudança Organizacional nos Sistemas de Saúde

Uma organização é “um sistema de actividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas, onde devido a limitações pessoais, os indivíduos são levados a cooperar entre si para alcançar certos objectivos que a acção individual isolada não conseguiria.” (Lima e Albano, 2002,p.33)

O facto de as organizações se inserirem num contexto social, económico e cultural que as obriga a assumir características singulares, produz um número infinito de variáveis (por ex. modelo de gestão, tipo de liderança, etc.) que as condicionam e

conferem uma cultura ímpar, podendo ainda dar-se a existência de sub-culturas dentro desta.

Segundo Coeling e Simms citados por Bastos (2001) “em geral não existe uma cultura única nas organizações de saúde podendo ser identificadas diferentes subculturas, como, por exemplo, a subcultura do staff administrativo, a subcultura dos médicos de um sector, entre outras. (p.72)

Neste sentido, torna-se claro que pelo facto de as organizações apresentarem características que as tornam singulares, quando se pretende implementar um qualquer processo de mudança, para que seja bem conseguido, tem que ser adaptado e específico à cultura de cada organização, além de ter que se introduzido e colocado em prática ao longo do tempo, e não de um dia para o outro.

Capricho e Lopes (2007) defendem que o movimento evolutivo das organizações é um processo gradual que vai evoluindo de forma não linear, à medida que vão ocorrendo alterações na envolvente cultural, e que as sociedades vão adquirindo novos saberes e valores. “A evolução dos valores da qualidade nas organizações também reflecte toda essa evolução, registando, por isso, um movimento evolutivo semelhante, pelo que é possível estabelecer um paralelismo entre as organizações do tipo clássico, que apostam na conformidade, na inspecção e no controlo de custos, e as organizações modernas, que apostam na prevenção, na garantia e na gestão da qualidade total.” (p.225)

No que concerne ao sector da saúde, e às mudanças organizacionais neste tipo de organizações, foram desenvolvidos alguns estudos, nomeadamente por Tuohy em 1999.

Segundo este autor a mudança nos sistemas de saúde é resultante de opções políticas tomadas em determinados momentos, para o que contribuem as relações entre os profissionais de saúde e o Estado. A mudança é influenciada por aspectos como a hierarquia, os mercados e os instrumentos de controlo social e, ainda por diferentes equilíbrios entre os instrumentos da mudança e os actores sociais dessa mudança, entre o instrumentos de contratação orientados para o mercado e os actores públicos e privados, entre os movimentos associativistas e o seu contexto (Estado, associações profissionais, sistemas privados) e, ainda, a sua durabilidade. Um sistema de decisão para a mudança deve considerar a influência de componentes da estrutura de interesses políticos e económicos, que representem as bases do poder:

- Actores públicos que representem a autoridade;
- Financiamento privado que represente o capital/riqueza;
- Profissionais de saúde que representem o conhecimento. (OPPS, 200)

É possível perceber que tal como em outros tipo de organizações, as organizações que pertencem ao sector da saúde têm também que considerar para o processo de mudança uma série de factores que pertencem ao seu contexto externo.

Em qualquer organização, os conflitos de interesses e de valores entre decisores políticos, profissionais do sector e o público em geral, requerem uma análise séria, pois em caso de discordância com os objectivos da mudança, podem resultar em resistências ao processo. A análise dos motivos que levam à mudança, deverá incluir a compreensão de variados equilíbrios (por ex. interesses públicos vs interesses privados). Deste modo, os diferentes fluxos de responsabilização para actores e informação para os mecanismos, são essenciais para compreender e analisar a mudança.

A resistência à mudança pode ser consequência de medo, ignorância, incerteza, desconhecimento e comodismo, características que podem ser combatidas através da promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação, treino, assistência, encorajamento, negociação, incentivos e forte liderança.

A mudança poderá ter o seu ponto de partida num actor central, este, é o que percebe qual o momento exacto para dar inicio ao processo. Normalmente este actor é o líder, e tem grande interesse neste processo, uma vez que em principio, a mudança será para alcançar os objectivos estratégicos traçados pela organização.

Segundo Capricho e Lopes (2007), p.225, “as organizações modernas de sucesso agem mantendo a constância de propósitos, de acordo com as convicções profundas do(s) seu(s) líder(s) e da organização no seu todo, para realizarem o seu principal objectivo que é a visão e que representa a verdadeira razão da sua existência.”

Neste sentido, a liderança apresenta um papel fulcral. Pois os líderes além de serem responsáveis pela gestão da organização, e terem a responsabilidade de a conhecer ao pormenor, são aqueles que podem actuar com mais dinamismo ao nível da promoção das mudanças necessárias.

Uma vez que esta tese tem como um dos objectivos a elaboração de directrizes que permitam a elaboração de um plano estratégico para futura implementação do modelo EFQM, faz sentido, enfatizar aqui o papel da liderança.

4.1. Liderar a mudança

A problemática da liderança é complexa, assumindo actualmente particular relevo, uma vez que nos encontramos num contexto de grande complexidade e mudança constante. Posto isto, é compreensível que o líder, enquanto gestor, procure antecipar cenários de mudança que permitam definir estratégias de actuação futura. Os líderes desempenham um papel determinante para que a organização e os seus colaboradores sejam excelentes, através da inovação e da procura de oportunidades de modernização.

Os líderes de organizações ditas excelentes, devem conduzir e inspirar constantemente os outros em direcção à Excelência e, desta forma, desencadear comportamentos e desempenhos modelo. (EFQM , 1999-2003)

“Na avaliação dos perfil dos líderes, nas organizações do futuro, para além dos conhecimentos técnicos, são valorizadas as suas capacidades individuais para aprender e desenvolver novas competências, sobretudo no âmbito comportamental, de forma a criarem interacção e o ambiente necessário ao seu desenvolvimento e desenvolvimento da organização.” (Capricho e Lopes, 2007, p.230)

Foi construído, a partir de do contributo de vários modelos de liderança, um modelo de liderança para a qualidade. A criação deste modelo deve-se ao facto de o processo de implementação da mudança para a qualidade ser faseado, e o líder ter que se adaptar, desempenhando papéis diferentes em cada fase. Este modelo, segundo Capricho e Lopes (2007) permite que a qualidade seja gerida em consonância com o modelo de gestão, a cultura e o sistema de valores da organização.

Os líderes enquanto responsáveis por desenvolver, implementar e monitorizar o sistema de gestão da organização, têm cada vez mais, para a organização poder sobreviver e ser de sucesso, que saber adaptar-se. Esta adaptação passa por assumir diferentes posturas, com a confiança necessária a transmitir aos colaboradores. Um líder com medo de correr riscos e aspirando o controlo da incerteza perde a visão, a capacidade de introduzir e gerir a mudança num contexto de adversidade, quando esta se mostra necessária para o sucesso da sua organização.

“O modelo de excelência da EFQM refere que a liderança deve ser efectuada pelo exemplo, em todos os níveis da organização, e resultar de um trabalho de equipa conjunto, para adaptar a organização ao ambiente externo e que permita reconhecer, compreender e satisfazer todas as necessidades e expectativas dos diferentes grupos de *stakeholders*.” (Capricho e Lopes, 2007, p.225)

5. Mamografia

Uma vez que esta investigação decorre em uma Unidade de Mamografia, importa possuir alguma noções base.

Actualmente a Imagiologia assume-se como uma das áreas da medicina mais utilizadas, sendo o radiodiagnóstico das técnicas mais aplicadas.

A mamografia constitui uma das técnicas complexas na área do radiodiagnóstico. Apesar de se terem desenvolvido novas aplicações e modalidades, a mamografia continua a ser o método de diagnóstico principal no rastreio do cancro da mama, uma vez que tem grande sensibilidade e permite diagnosticar neoplasia da mama em 95% dos casos.

O diagnóstico da neoplasia da mama depende de obtenção de imagem, sendo imprescindível para a aquisição de imagem diagnóstica, a utilização de técnicas específicas, aplicação de técnica radiológica correcta bem como processamento de imagem adequado e técnicos motivados.

Em Portugal, são detectados anualmente cerca de 4500 novos casos de neoplasia da mama, e 1500 mulheres morrem com esta doença. (LPCC, 2009)

Na Europa, Perry *et al.* Citado por Frutuoso *et al.* (2009) defende que a qualidade dos cuidados prestados à mulher com neoplasia da mama difere de país para país e de região para região, pelo que se torna importante uma uniformização dos mesmos, o que segundo o Parlamento Europeu, pode ser conseguido através de: programas de rastreio à população; implementação de unidades especiais para mamografia; promoção de formação adequada aos profissionais; e realização de auditorias para assegurar standards de qualidade.

O Conselho da União Europeia em 2003 lançou uma recomendação específica sobre o rastreio de várias patologias, nomeadamente o cancro da mama, definindo métodos e populações alvo. (2003/878/CE)

Foi também produzido pelo Programa Europeu contra o Cancro um documento com *guidelines* desenvolvidas a nível europeu para garantir a qualidade no rastreio do cancro da mama.

Em Portugal estão a ser desenvolvidos programas de rastreio à população, contemplados no Plano Nacional de Saúde, à vários anos. Na região do Algarve, em 2005 a Administração Regional de Saúde do Algarve IP, em parceria com a Associação Oncológica do Algarve, o Hospital de Faro EPE e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE, deram início a um programa de rastreio do cancro da mama, que se continua a desenvolver até à actualidade.

5.1. Qualidade em Mamografia

Como referido anteriormente a mamografia é uma técnica de radiodiagnóstico complexa, amplamente aplicada no diagnóstico da neoplasia da mama, devido à sua sensibilidade e especificidade. No que respeita à tecnologia, a qualidade do equipamento e a sua utilização otimizada e segura são factores críticos de sucesso para a realização de um diagnóstico precoce e exacto.

No entanto, a execução de mamografias sem a existência de qualquer controlo e garantia de qualidade pode trazer danos (ansiedade desnecessária, exposição a radiação ionizante para o doente e custos económicos desnecessários).

Pelo exposto, torna-se necessário desenvolver protocolos de qualidade específicos para as instalações onde se realizam exames de mamografia, que envolvam todos os elementos que afectam a formação da imagem.

Segundo Perry *et al.* (2008), todas as unidades de rastreio, diagnóstico ou avaliação devem trabalhar em colaboração com uma entidade responsável por controlo de qualidade, que tenha já modelos estabelecidos a nível nacional ou europeu. Deve existir assim um sistema de acreditação fiável nestas unidades, para que quando qualquer doente necessite deste tipo de serviços, possa identificar aqueles que são qualificados e de confiança.

É habitual falar de garantia de qualidade associada apenas a aspectos relacionados com equipamento e tecnologia aplicada. Um programa de qualidade comporta testes periódicos para avaliar o desempenho dos equipamento, verificando se conservam as características essenciais para produzir imagens com qualidade diagnóstica. No entanto, para garantir a qualidade, é necessário ir além dos equipamento/tecnologia aplicada. Garantia de qualidade deve referir-se a todos os procedimentos que asseguram que um exame de qualidade será executado, iniciando-se no momento da admissão do doente no serviço. (Farria, Bassett, Kimme-Smith, e Debruble, 1994)

No que se refere a aspectos tecnológicos, a introdução da tecnologia digital em mamografia está validade clinicamente a nível internacional, resultando na sua crescente utilização em substituição da analógica. (Reis e Pascoal, 2010) Esta tecnologia trouxe novos conceitos, parâmetros e critério a serem aplicados na avaliação destes sistemas. Devido à sua especificidade e sensibilidade, tem como requisito essencial a existência de um programa de controlo de qualidade, que permita um acompanhamento e monitorização desde a aquisição da imagem até à sua visualização.

Relativamente a aspectos técnicos, a mamografia enquanto técnica radiológica de elevada complexidade exige por parte do Técnico de Radiologia e Médico Radiologista formação especializada e uma actualização permanente de conhecimentos. Segundo Perry *et al.* (2008), a participação em cursos de formação deve ser avaliada com base no nível de competências e desempenho do profissional. Esse tipo de certificados deveria ainda fazer parte de qualquer processo de revisão de certificação de qualidade.

Podemos assim concluir, que para a aplicação de um modelo de gestão da qualidade numa unidade de mamografia é necessário ter vários factores em consideração, que vão desde aspectos tecnológicos, até às competências comportamentais da equipa multidisciplinar.

III. METODOLOGIA

O presente estudo propõe a aplicação de uma metodologia prospectiva. Para que fosse possível a realização de um diagnóstico e o desenvolvimento de orientações estratégicas para a instituição em estudo, era necessário analisar as interações estratégicas e as relações de dependência/influência entre os actores-chave, e o grau de concretização dos seus objectivos estratégicos

Assim, o delineamento do estudo passa pela aplicação de alguns dos passos característicos da Método dos Cenários de *Michel Godet*, que serão descritos adiante, uma vez que este é um estudo particularmente metodológico.

1. Prospectiva Estratégica

Hunger e Wheelen citado por Serra et al (2010) define que “A estratégia de uma corporação é o plano-mestre abrangente que estabelece como a organização alcançará a sua missão e os seus objectivos.” (p.7)

Se existe um ponto de acordo entre empresários e investigadores no campo da gestão, é que actualmente o ambiente de negócios é dinâmico, competitivo e imprevisível, como nunca foi. Exige arquitecturas organizacionais flexíveis e novos modos de definição de estratégias que orientem as acções empresariais. As constantes mudanças alteram a configuração das variáveis do ambiente interno e externo das organizações

A dinâmica existente actualmente obriga a alterações no que respeita à configuração das variáveis do ambiente interno e externo das organizações, tais como: processos, cultura, valores, questões sociais, ambientais, políticas, económicas, tecnológicas, demográficas e governamentais. (Moritz e Pereira, 2005)

1.1 O Desenvolvimento da análise prospectiva

A preocupação do homem com o futuro é tão antiga quanto a sua existência. As duas grandes Guerras Mundiais, desempenharam um papel preponderante no que respeita ao desenvolvimento de instrumentos de planeamento, que na altura procuravam evitar situações de catástrofe das quais a própria humanidade não pudesse retornar. O conceito tradicional de planeamento sofre nesta altura grandes alterações, “a descrença numa previsão assente no prolongamento de relações e tendências deu

lugar a uma ideia de indeterminação, da existência de um leque de possíveis, dependentes da escolha de indivíduos e grupos.” (Prestrelo e Caldas, 1996, p.82)

Após a II Guerra Mundial surgem os primeiros trabalhos sobre estudos prospectivos nos Estados Unidos da América e em França. Um dos trabalhos mais relevantes foi o de *Pierre Wack*, planeador estratégico nos escritórios de Londres da *Royal Dutch/Shell*, que elevou esta empresa ao segundo lugar do ranking na sua categoria, antevendo a crise do petróleo que viria a ocorrer pouco tempo depois, e que levaria os EUA a entrarem em recessão económica. Entre 1960 e 1980, aquando da crise do petróleo, os EUA vêm sectores da sua indústria a entrar em declínio, relativamente à Europa e Japão, o que obrigou os seus governos a tornarem-se mais eficientes. (Moritz e Pereira, 2005)

Neste contexto, os estudos prospectivos começaram a desenvolver-se, a crescente competitividade mundial, as alterações políticas e económicas, a valorização da ciência e da tecnologia, influenciaram a visão sobre o futuro, impelindo-a. Surgem na década de 60 os primeiros centros de estudos prospectivos, “Rand Corporation” e “Hudson Institute” nos EUA. Em França *Michel Godet* desenvolve trabalhos da DATAR¹ e SEMA-METRA² distinguindo-se juntamente com outros autores na área das metodologias prospectivas, com a aplicação do Método dos Cenários.

Existem portanto duas escolas da prospectiva, uma anglo-saxónica, que teve origem nos Estados Unidos da América e uma francesa. Distinguem-se através das metodologias de prospectiva que aplicam. O Método dos Cenários é uma metodologia prospectiva, desenvolvida nos EUA por *Herman Kahn* e em França pela DATAR. Ao longo deste trabalho a metodologia estudada será decorrente da escola francesa, o Método dos Cenários desenvolvido por *Michel Godet*.

1.1. Prospectiva Estratégica - Método dos Cenários

O objectivo das metodologias prospectivas é ajudar na decisão, as que permitem revelar condições de variáveis-chave ao longo do tempo, descrevendo tendências de evolução e acontecimentos são particularmente úteis e relevantes no processo de decisão.

¹ *Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale.*

² *Conservatoire National des Arts et Métiers*, instituto universitário.

“A atitude prospectiva não nos volta somente para o futuro. É preciso acrescentar que ela nos faz olhar longe. Numa época na qual as causas engendram os seus efeitos a uma velocidade que não cessa de crescer, não é possível considerar simplesmente os resultados imediatos das acções em curso. A nossa civilização é comparável a um carro que anda cada vez mais rápido numa estrada desconhecida no meio da noite. Nesse caso, se quisermos evitar uma catástrofe é preciso que os faróis do carro iluminem cada vez mais longe. Assim, a prospectiva é, essencialmente, o estudo do futuro distante.” (Berger, 2004, pp.313)

Segundo Godet *et al.* (2000), é fundamental conhecer e distinguir **tempo de antecipação**³ e **tempo de preparação para a acção**⁴, pois esta dicotomia entre a extrapolação do futuro e a preparação da acção conduz à formulação de cinco questões fundamentais:

1. Quem sou eu?
2. Que pode acontecer no futuro?
3. Que posso fazer?
4. Como vou fazê-lo?

São estas questões que guiam o raciocínio prospectivo aliado à estratégia. As respostas obtidas permitem à organização desenvolver atitudes pré e pró-activas em relação ao futuro.

Para Godet (2000) existem quatro atitudes que a organização pode assumir em relação ao futuro:

- *Avestruz*, caracteriza-se por ter uma atitude passiva com dificuldade em lidar com a mudança;
- *Bombeiro*, caracteriza-se por uma atitude reactiva, isto é, aguarda que o problema surja para o combater;
- *Segurador*, caracteriza-se por uma atitude pré-activa, que valoriza o estar preparado para as adversidade, para as combater na hora em que surjam;

³ Tempo de antecipação - prospectiva das mudanças possíveis e desejáveis.

⁴ Tempo de preparação para a acção - elaboração e avaliação das opções estratégicas possíveis para a organização se preparar para as mudanças esperadas e provocar as mudanças desejáveis.

- *Conspirador*, caracteriza-se pela pró-actividade, isto é, induz as mudanças desejadas. (Godet, *et al.*, 2000)

É importante numa organização a existência de uma atitude reactiva, pré-activa e pró-activa. Cada uma destas atitudes deve existir em conjunto com as outras, mas deve ser equilibrada de acordo com o contexto em que a organização se encontra.

“É pela apropriação que passa o êxito do projecto empresarial. Devido à sua transparência, a mobilização colectiva não pode incidir directamente sobre as escolhas estratégicas, confidenciais por natureza. É, portanto, a reflexão prospectiva colectiva sobre as ameaças e oportunidades do meio envolvente que dá conteúdo à mobilização e permite a apropriação dos objectivos da estratégia” (Godet, 1993, pp. 24)

Transparece deste modo, que o factor humano e organizacional são o que confere competitividade e excelência a uma organização.

O Triângulo Grego, composto por **Antecipação**, que representa a reflexão prospectiva; **Apropriação**, que representa a motivação e mobilização; e **Acção**, que representa a vontade estratégica, pretende demonstrar que é o potencial humano de uma organização que permite impulsionar a mudança estratégica. No entanto, para chegar da **Antecipação** à **Acção** o caminho da **Apropriação** tem que ser percorrido pelos actores envolvidos.

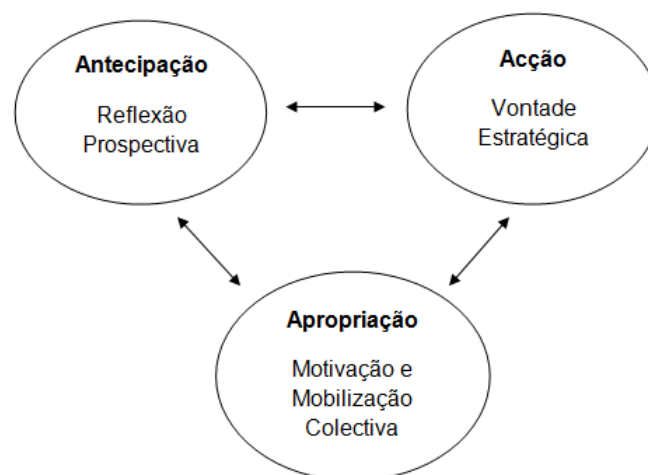


Figura 3. O triângulo grego.

Fonte : Adaptado de Godet (1993), p.24.

Um cenário segundo Godet (2000), é um conjunto formado pela descrição de uma situação futura e do encaminhar dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem a essa situação futura.

O Método dos Cenários tem como objectivos: “revelar os pontos a estudar com prioridade (variáveis-chave), relacionando, por meio de uma análise explicativa global o mais exhaustiva possível, as variáveis que caracterizam o sistema estudado; determinar, nomeadamente a partir das variáveis-chave, os actores fundamentais, as suas estratégias, os meios de que dispõem para fazer vingar os respectivos projectos; descrever, sob a forma de cenários, a evolução do sistema estudado, tendo em conta as evoluções mais prováveis das variáveis-chave e a partir de jogos de hipóteses sobre o comportamento dos actores.” (Godet, 1993, pp.73)

Segundo Prestrelo e Caldas (1996), o Método dos Cenários pode ser dividido em duas grandes etapas: “construção da base” e “construção dos cenários”.

Segundo Prestrelo e Caldas (1996), A “construção da base” é composta por três fases:

- *Delimitação do sistema*, onde se realiza um diagnóstico completo relativo ao ambiente interno e externo da organização, isto é, contextualizá-la a nível sócio-organizacional. Assim é possível encontrar o conjunto de variáveis – chave quantitativas e qualitativas que permitem uma caracterização o mais pormenorizada possível da organização. Nesta fase o método MICMAC é uma das opções de *software*, permitindo estabelecer relações entre as variáveis e definir quais as essenciais;
- *Análise estrutural*, onde se decompõe a organização em vários sub-sistemas, através da análise das variáveis – chave, permitindo conhecer interações e influências escondidas. Permite descobrir novas variáveis – chave.
- *Análise da estratégia de actores*, nesta fase é possível detectar como se posicionam os actores da organização em relação às variáveis – chave previamente determinadas. Aqui é possível identificar e caracterizar os actores-chave e detectar as relações existentes entre si (ex^o alianças, conflitos e estratégias), além de verificar como estes influenciam a organização. Nesta fase o Método MACTOR é uma das opções de *software* permitindo além da identificação dos actores relevantes, verificar quais os seus objectivos.

Ainda segundo Prestrelo e Caldas (1996), A “construção dos cenários” consiste em construir as hipóteses, consulta de peritos e hierarquização dos cenários. Nesta fase

constroem-se os cenários e prevêem-se as suas probabilidades de concretização, também são elaboradas recomendações estratégicas que permitem a elaboração do plano de acção.

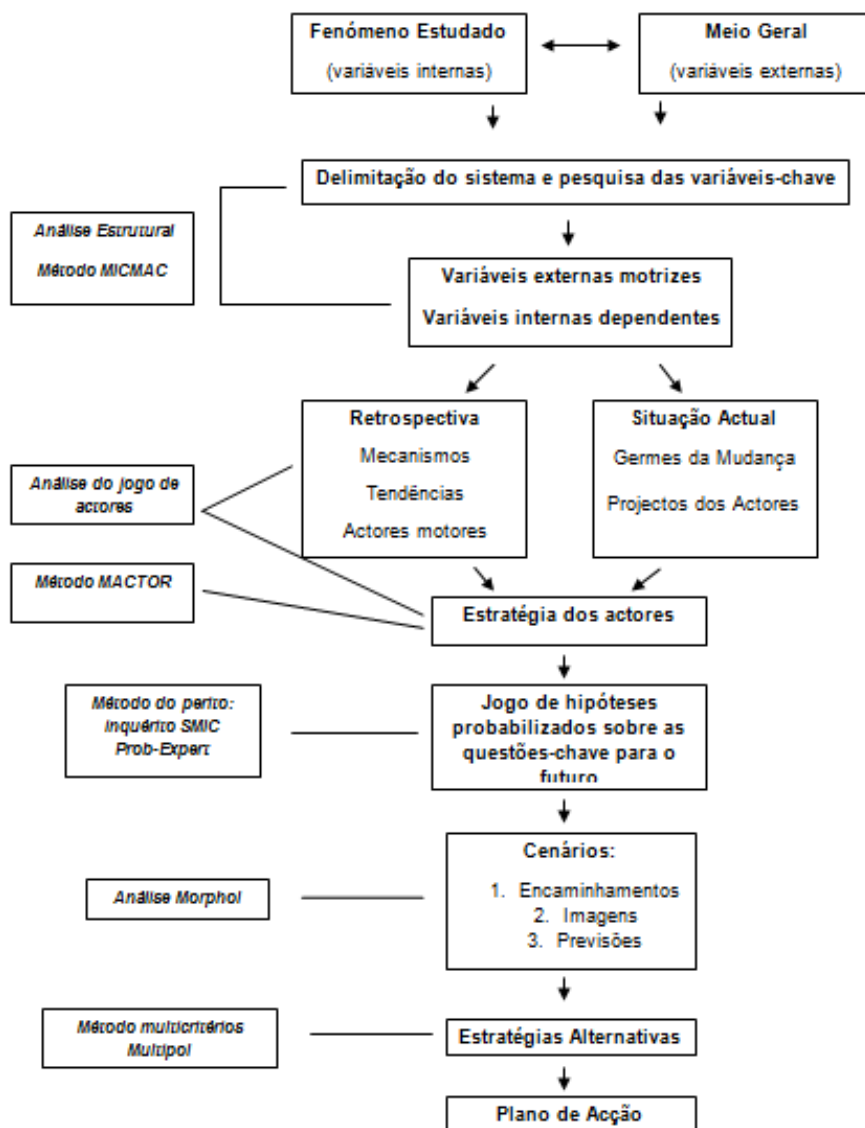


Figura 4. Método dos Cenários.

Fonte : Adaptado de Godet (1993), p.74

Esta metodologia de planeamento estratégico com base em cenários, supõe o envolvimento dos dirigentes e restantes colaboradores. As decisões estratégicas são da responsabilidade dos dirigentes, mas “a visão global é necessária para a acção local, e, cada um, ao seu nível, deve poder compreender o sentido das suas acções, ou seja, poder situá-las no projecto mais global onde se inserem (...) motivação

interna e estratégica externa são, portanto, dois objectivos indissociáveis, que não podem ser atingidos separadamente.” (Godet, 2000, pp.16)

Importa referir que o desenrolar destes passos pode não ser linear, podem existir situações em que a organização se vê obrigada por exemplo a reconsiderar a dinâmica da sua envolvente, ou até mesmo a sua própria dinâmica.

2. Desenho do estudo

Foi seguida uma abordagem que se integra numa metodologia do tipo prospectiva, o Método dos Cenários de *Michel Godet*. Esta abordagem incorpora informação qualitativa a par de informação quantitativa.

Como forma de responder aos objectivos delineados para este estudo, a investigação foi organizada segundo as seguintes etapas metodológicas:

- Revisão bibliográfica dirigida à qualidade em saúde;
- Revisão bibliográfica dirigida ao sistema estudo, que o permitisse caracterizar internamente, e que encontrasse factores que o pudessem influenciar externamente;
- Distribuição de um questionário por três peritos na Unidade de Mamografia;
- Análise do Jogo de Actores e Actores-Objectivos;
- Análise das Variáveis-Chave.

Partindo de evidências recolhidas através de análise bibliográfica, e da recolha de dados fundamentais relativos às estratégias e objectivos dos actores influentes, pretendem-se criar directrizes que permitam futuramente a construção de um plano de intervenção que possibilite implementar o Modelo EFQM numa Unidade de Mamografia.

2.1. Delimitação do Sistema – Caracterização da Unidade em Estudo

A Delimitação do Sistema é o primeiro passo de um raciocínio prospectivo, onde é importante perceber todo o sistema em estudo, identificando as características da organização e o ambiente em que se insere.

Neste estudo, para construir a “imagem” do estado actual do sistema serão abordados os campos político, económico, e tecnológico que influenciam o fenómeno estudado. (Godet, 1993)

Os campos abordados remetem aos últimos cinco anos.

- **Sistema Interno**

A Organização que será objecto de estudo neste trabalho é um hospital fundado em 1979, tendo funcionado como um hospital do sector público administrativo (SPA) até Setembro de 2008, altura em que passou a funcionar como uma entidade pública de gestão empresarial (EPE). Este hospital serve uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, mas por se localizar numa zona turística, sazonalmente o valor populacional pode duplicar ou triplicar.

O presente estudo realizar-se-á num Serviço de Imagiologia, mais precisamente numa Unidade de Mamografia.

Na Unidade de Mamografia em estudo, realizam-se procedimentos diagnósticos (mamografias) e de intervenção (biopsias mamárias e marcação de lesões para cirurgia, por estereotaxia). Esta Unidade trabalha também em colaboração com o Programa de Rastreio do Cancro da Mama, recebendo doentes nas quais é diagnosticada patologia.

Este serviço tem um Médico Radiologista responsável pela sua direcção e um Técnico de Radiologia responsável pela coordenação, tendo sido este último, em Maio de 2010 substituído.

Actualmente, este serviço dispõe de 9 médicos radiologistas, 29 técnicos de radiologia, 6 assistentes técnicos e 14 assistentes operacionais. Dos 9 médicos radiologistas apenas um realiza mamografia de intervenção e dos 28 técnicos, 5 realizam mamografia e destes apenas 3 realizam mamografia de intervenção.

Interessa referir, que o serviço de imagiologia em estudo recebe alunos que estão a frequentar a licenciatura em radiologia para realizarem o respectivo estágio académico.

O serviço de Imagiologia onde a Unidade em estudo se insere, possui um *software* de gestão do erro, com a finalidade de auxiliar na identificação de eventuais erros que possam ocorrer.

Este serviço em 2005 sofreu uma grande alteração em termos técnicos, deixando a radiologia analógica para passar à radiologia digital e armazenamento em sistema PACS (*Picture Archiving Communication System*). Esta mudança tecnológica traduz-se numa mais-valia para o serviço, uma vez que existem inúmeras vantagens com a utilização da radiologia digital e sistema PACS. (Reis e Pascoal, 2010)

Verificou-se um aumento significativo no número de exames realizados, que possivelmente não se deverá apenas à capacidade que a Unidade de Mamografia adquiriu de receber mais doentes, devido a esta alteração tecnológica. Importa no entanto, marcar a diferença entre o número de exames realizados em 2004, e os que se realizaram no último ano que passou.

Quadro 1. Número de exames realizados na Unidade de Mamografia antes e depois do processo de digitalização.

Ano	Número de exames
2004	773
2010	1532

Fonte: Autor

- **Sistema Externo**

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) fez parte da democratização política e social do país. A expansão material e tecnológica do Serviço Nacional de Saúde tem prosseguido ano após ano, desde a criação do SNS, com diversas lacunas, nomeadamente ao nível da qualificação dos serviços prestados. (Saúde 2015)

A partir do ano de 2005 a política de saúde passou a incluir o sector privado numa rede de cuidados de saúde financiados pelo Estado. Estas alterações aconteceram devido à Lei 27/2002 da gestão hospitalar, que cria a figura de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, disposto no n.º 3 do artigo 18.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, no artigo 24.º do Decreto- -Lei n.º 558/99, de 17

de Dezembro, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto -Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto, e nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição)

Deste modo, verifica-se um crescimento no número de parcerias público-privadas e o Programa Saúde XXI forneceu uma nova linha de financiamento para as iniciativas privadas.

Em 2003 iniciou-se a elaboração do primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS), que seria válido de 2004-2010, onde se definiram Estratégias da Saúde. Este Programa passou a estar incluído nos Programas do Governo, sendo debatido no Parlamento.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 define alguns principais eixos de acção, nomeadamente a capacitação do Sistema de Saúde para a Inovação e a Qualidade em Saúde. Um dos aspectos referido no PNS 2004-2010 no que concerne à Qualidade em Saúde é o “Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica”.

Ainda no PNS 2004-2010 é referenciado um Programa de Acreditação dos Hospitais que deveria ser formalizado e operacionalizado, com o objectivo de melhorar os aspectos relacionados com os cuidados que são prestados aos cidadãos, com a melhoria do desempenho da organização, da sua capacidade de gestão e de inovação. (DGS, 2004-2010)

É possível constar que a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados tem vindo a ser crescente, no entanto, a sua tradução prática ainda é pouco notada.

Nos últimos cinco anos Portugal tem estado a atravessar uma situação de crise, que se sente em todos os sectores de actividade desenvolvidos no país, nomeadamente no sector da Saúde. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2006 refere que Portugal entre 2005 e 2010 vai crescer a um ritmo inferior à dos restantes parceiros da Zona Euro, o que se verificou.

No sector da Saúde, no ano de 2006 foi criada a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, pelo Despacho conjuntos dos Ministros das Finanças e Saúde nº 296/2006, de 30 de Março.

“A Comissão deveria colher informação do debate nacional e internacional sobre o financiamento sustentável da saúde, a partir da identificação da evolução recente das

necessidades, identificando os factores que a condicionam. Deveria igualmente propor medidas para o controlo dos gastos no SNS e, ainda analisar à luz da Constituição diversas modalidades de partilha de custos em saúde, alternativas possíveis e seus impactes na procura e despesa agregada. (Campos, 2008)

Ao longo do ano de 2006 surgiram as primeiras medidas de controlo de gastos, na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica sendo fixado um tecto para as despesas em convenções, estando congeladas as contratações de pessoal.

No ano de 2007, deu-se a ampliação da aplicação das taxas moderadoras.

Em 2009, foi republicada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, passando a Direcção – Geral de Saúde a ter competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde.

No ano de 2010, todos os hospitais, centros hospitalares ou unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado (EPE) e no sector público administrativo devem elaborar um plano para redução de despesa e de contratações, segundo Despacho n.º 10760/2010, e remeter o respectivo plano de redução de despesa, ao Ministério da Saúde.

Foi publicado, também, o Despacho n.º 10761/2010, que estabelece orientações gerais nas contratações de profissionais nos hospitais EPE.

“A actual conjuntura, com a necessidade de consolidação orçamental por parte do Estado, exige um esforço acrescido de combate ao desperdício, de controlo e monitorização da contratualização e da utilização de regras de gestão que garantam uma eficiente articulação entre os diversos organismos, neste caso, entre os estabelecimentos de saúde.” (Portal da Saúde, 2010)

2.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento aplicado na recolha de dados foi o inquérito por questionário. A construção do instrumento foi baseada no trabalho de Silvana Revez (2011), e em trabalhos de Carlos da Silva, ambos na área dos estudos prospectivos em tecnologias da saúde.

O facto de se ter optado pela utilização de um inquérito por questionário relacionou-se com a metodologia que seria posteriormente aplicada no tratamento dos dados, uma

vez que o formato do questionário permitia uma descrição de base numérica relativa a tendências, atitudes e opiniões obtidas através da amostra.

O questionário foi distribuído numa primeira fase a um painel de peritos na temática da qualidade, que asseguraram a compreensão e a exactidão das grelhas de análise.

Numa segunda fase, o questionário foi entregue a três peritos que exercem funções na Unidade de Mamografia em estudo.

2.2.1. Estrutura do questionário

O questionário distribuído aos peritos é constituído por cinco partes. (*vide anexo 1*)

A primeira corresponde a questões relativas a conceitos-chave, permitindo saber o interesse e o conhecimento que os peritos têm relativamente a questões relacionadas com a qualidade.

Posteriormente, são apresentadas uma série de afirmações, que nos permitiram chegar às variáveis-chave do sistema, onde se pede que seja assinalado, numa escala de *Likert* o grau de concordância dos peritos. Correspondem a adaptações de questões para análise no método MICMAC®.

Seguidamente são apresentados actores e alguns objectivos, fazendo correspondência à lógica da metodologia dos cenários, adaptando as questões para análise dos métodos MACTOR®.

Por fim, são apresentadas algumas questões que permitem a caracterização demográfica e profissional dos peritos.

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise do jogo de actores, a comparação entre os seus projectos, o estudo das suas relações de força (condicionalismo e meios de acção) são essenciais para pôr em evidência os desafios estratégicos e as questões-chave para o futuro (saídas e consequências de conflitos previsíveis). (Godet, 1993)

A análise dos resultados realizar-se-á a partir da aplicação de duas fases do método dos cenários de Michel Godet, a análise estrutural e análise do jogo de actores.

1. Análise dos conceitos de qualidade para a saúde

O grau de interesse e compreensão que os peritos apresentam em relação a conceitos relacionados com qualidade é apresentado no seguinte quadro. A escala aplicada foi de (0) Não compreendo e não estou interessado em compreender, a (4) Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros.

Quadro 2. Grau de interesse e compreensão dos conceitos apresentados.

Conceito	Média	Classificação
Gestão pela Qualidade Total	2,3	Não compreendo, mas estou interessado em compreender
Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)	2,3	Não compreendo, mas estou interessado em compreender
Controlo de Qualidade	2,7	Compreendo em parte
Eficácia Clínica	3,2	Compreendo em parte
Formação ao longo da vida	4	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
Objectivos Estratégicos	2,3	Não compreendo, mas estou interessado em compreender
Auto-avaliação	4	Compreendo totalmente e consigo explicar aos outros
Gestão do Risco	3	Compreendo em parte
Governança Clínica	2,3	Não compreendo, mas estou interessado em compreender

Fonte: Inquérito

É possível verificar, através da análise do quadro que existem alguns conceitos que não são compreendidos por parte dos respondentes, nomeadamente:

- Gestão pela Qualidade Total;
- EFQM;

- Objectivos estratégicos;
- Governação clínica.

Os conceitos que são compreendidos na totalidade são:

- Formação ao longo da vida
- Auto-avaliação.

Podemos referir que os respondentes têm pouco conhecimento e possivelmente pouca formação no que se refere a à temática da qualidade em saúde.

2. Análise do jogo de actores – Método MACTOR®

A aplicação do MACTOR® (Métodos ACTores, Objectivos, Relações de Força) prevê que seja possível identificar e caracterizar os diferentes actores-chave do sistema estudado; perceber como surgem os conflitos ou alianças possíveis entre os vários actores, e como estes podem orientar a evolução do sistema; contribuir para uma maior participação/implicação e reflexão estratégica por parte dos diferentes actores; confrontar os projectos em presença e avaliar as relações de força existentes; elaborar uma série de recomendações estratégicas e especificar as condições de viabilidade da sua implementação. (Prestrelo e Caldas, 1996)

2.1. Relação entre actores

É necessário numa primeira fase identificar os actores que constituem o sistema. Foram seleccionados 15 actores:

(MS) Ministério da Saúde

(CAH) Conselho de Administração do Hospital

(DCS) Direcção Clínica do Serviço

(CT) Coordenação Técnica

(MR) Médico Radiologista

(TR) Técnico Radiologista

(OP) Outros Profissionais de Saúde do Serviço de Imagiologia

(OH) Outros Profissionais do Hospital

(UH) Utentes do Hospital

(ACSS) ACSS

(NE) Normas Europeias

(SU) Serviço de Urgência

(OCH) Outros Serviços Clínicos do Hospital

(RCM) Rastreio do Cancro da Mama

(CI) Cidadãos

A matriz de influências directas (MID) fornece informação relativa ao grau de influência directa e ao grau de dependência directa dos actores.

Quadro 3. Matriz de influências directas (MID)

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

© LIPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte : Inquérito

Quadro 4. Relação entre o grau de influência e dependência directa (primeiras três posições)

Influência Directa			Dependência Directa		
1º	UH	23	1º	MS	35
2º	CT, TR, OP, OCH, RCM	22	2º	CAH	33
3º	DCS, CI	21	3º	DCS	26

Fonte: Inquérito

Os actores com maior grau de influência directa:

1º. Os utentes do hospital (UH);

2º.A coordenação técnica (CT), técnicos de radiologia (TR), outros profissionais do serviço de imagiologia (OP), outros serviços clínicos do hospital (OCH) e o rastreio do cancro da mama (RCM);

3º.A direcção clínica do serviço (DCS) e cidadãos (CI).

Os actores com maior grau de dependência directa são:

1º.O ministério da saúde (MS);

2º.O conselho de administração hospitalar (CAH);

3º.A direcção clínica do serviço (DCS).

A Matriz dos Meios de Acção Directos e Indirectos (MADI) que exprime as influências directas e indirectas de 2ª ordem entre actores, ou seja as influências transmitidas a um terceiro.

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

MIDI	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OCH	RCM	CI	∑
MS	19	16	14	14	14	13	12	12	12	18	20	12	13	14	16	200
CAH	19	15	15	13	14	13	12	12	11	16	19	12	13	13	15	197
DCS	20	16	15	14	13	12	12	12	11	16	18	12	13	13	15	197
CT	21	19	18	15	15	13	12	12	11	16	18	12	13	12	15	207
MR	20	18	17	14	14	13	12	12	11	16	18	12	13	12	15	203
TR	21	20	19	16	15	13	12	12	11	16	18	12	13	12	15	212
OP	21	20	19	16	15	13	11	11	11	15	17	12	12	12	14	208
OH	19	16	15	13	13	12	12	12	11	16	17	12	13	12	15	196
UH	22	19	19	15	15	13	12	12	11	15	18	13	12	12	15	212
ACSS	8	6	5	5	5	5	4	4	3	6	8	4	4	7	7	75
NE	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	53
SU	19	16	14	12	12	11	11	11	12	16	18	12	12	13	15	192
OCH	21	18	16	13	14	13	13	13	13	17	20	13	13	13	16	213
RCM	21	17	15	14	13	12	10	10	11	15	18	11	11	14	14	192
CI	20	17	15	14	14	14	13	13	12	17	20	13	13	15	16	210
Di	256	222	205	177	176	161	151	150	143	213	247	153	159	163	191	2767

© LIPSOR-ERTI/MACTOR

Fonte: Inquérito

Quadro 6. Relação entre o grau de influência directa e indirecta, e o grau de dependência directa e indirecta (primeiras três posições).

Influência Directa e Indirecta			Dependência Directa e Indirecta		
1º	OCH	213	1º	MS	256
2º	UH, TR	212	2º	NE	247
3º	CI	210	3º	CAH	222

Fonte: Inquérito

Na análise das influências directas e indirectas, os actores mais influentes são:

- 1º. (OCH) outros serviços clínicos do hospital;
- 2º. (UH) utentes do hospital;
- 3º. (TR) técnico de radiologia.

Os outros serviços clínicos do hospital ganham relevância em relação à análise da MID, contrariamente aos utentes e aos técnicos de radiologia que perdem relevo em relação à posição assumida anteriormente.

Os actores com uma posição mais alta de dependência directa e indirecta são:

- 1º. (MS) ministério da saúde;
- 2º. (NE) normas europeias;
- 3º. (CAH) conselho de administração do hospital.

O ministério da saúde mantém a posição assumida em relação à análise da MID.

Podemos nesta matriz destacar a capacidade de acção directa que os utentes têm em relação ao ministério da saúde.

Os vários actores e as suas posições podem ser descritos numa matriz que representa a Influência vs. Dependência (*vide anexo 2*). A análise da matriz permite verificar quatro posições: actores dominantes, actores dominados, actores intermédios e actores autónomos.

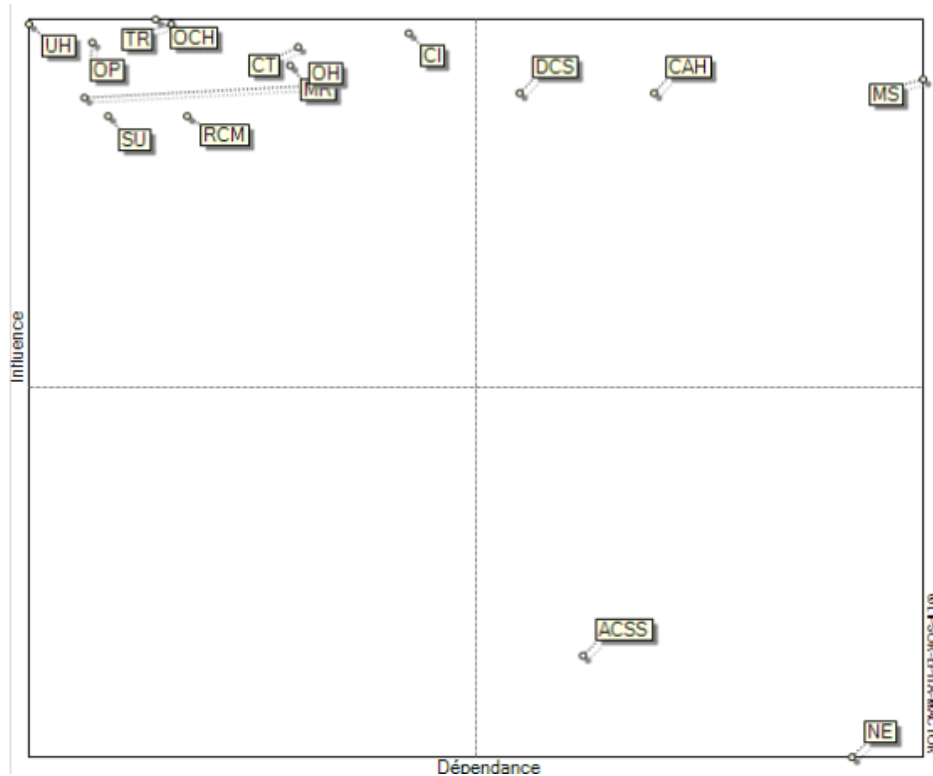


Figura 5. Plano de influências e dependências directas e indirectas entre actores.

Fonte: Inquérito

Analisando a matriz obtida para este sistema, é possível identificar actores situados em três posições diferentes:

- Na posição de actores dominantes encontramos a maioria, ex^o (UH), (OP), (TR), entre outros, estes são actores que têm muita influência mas pouca dependência de outros;
- Na posição de actores intermédios encontramos (DCS), (CAH) e (MS), estes são actores que são igualmente influentes e dependentes, os actores situados nesta posição têm uma natureza instável, e portanto, capacidade para condicionar as actuações dos restantes actores, induzindo alterações no sistema;
- Por fim, na posição de actores dominados encontramos a (ACSS) e as (NE), estes são actores têm muito pouco influência e são muito dependentes de outros.

Podemos observar que se mantêm as posições no que toca aos actores mais influentes, quando comparados com as análises anteriores.

No entanto, ao observar este plano de influência/dependência podemos afirmar que os actores que “comandam” o jogo de actores são direcção clínica do serviço, conselho de administração hospitalar e ministério da saúde. Apesar do ministério da saúde

assumir nas outras análises uma posição de forte dependência, é um actor com força para condicionar as actuações dos restantes.

A matriz do balanço líquido de influências analisa se, em termos líquidos, um actor influencia mais do que é influenciado. Esta matriz, tem em conta o efeito de retroacção (influência que um actor tem sobre si mesmo).

Quadro 7. Matriz do balanço líquido de influências.

BN	MS	CAH	DCS	CT	MR	TR	OP	OH	UH	ACSS	NE	SU	OCH	RCM	CI	Somme
MS		-3	-6	-7	-6	-8	-9	-7	-10	10	16	-7	-8	-7	-4	-56
CAH	3		-1	-6	-4	-7	-8	-4	-8	10	15	-4	-5	-4	-2	-25
DCS	6	1		-4	-4	-7	-7	-3	-8	11	14	-2	-3	-2	0	-8
CT	7	6	4		1	-3	-4	-1	-4	11	14	0	0	-2	1	30
MR	6	4	4	-1		-2	-3	-1	-4	11	14	0	-1	-1	1	27
TR	8	7	7	3	2		-1	0	-2	11	14	1	0	0	1	51
OP	9	8	7	4	3	1		-1	-1	11	13	1	-1	2	1	57
OH	7	4	3	1	1	0	1		-1	12	13	1	0	2	2	46
UH	10	8	8	4	4	2	1	1		12	15	1	-1	1	3	69
ACSS	-10	-10	-11	-11	-11	-11	-11	-12	-12		4	-12	-13	-8	-10	-138
NE	-16	-15	-14	-14	-14	-14	-13	-13	-15	-4		-15	-16	-15	-16	-194
SU	7	4	2	0	0	-1	-1	-1	-1	12	15		-1	2	2	39
OCH	8	5	3	0	1	0	1	0	1	13	16	1		2	3	54
RCM	7	4	2	2	1	0	-2	-2	-1	8	15	-2	-2		-1	29
CI	4	2	0	-1	-1	-1	-1	-2	-3	10	16	-2	-3	1		19

© LIPSOR-EPITAMACTOR

Fonte: Inquérito

Partindo da análise do quadro 3, podemos constatar que:

- Os actores com um valor positivo mais elevado são UH, OP e OCH Estes actores exercem portanto mais influência directa e indirecta do que recebem;
- Os actores com um valor negativo mais elevado são NE, ACSS e MS. Estes actores são mais influenciados do que influenciam outros.

O coeficiente de relação de força (r_i) permite medir a competitividade do actor, que será tanto mais elevada consoante a sua elevada influência e fraca dependência.

Quadro 8. Coeficiente de relação de força entre actores.

	r_i
MS	0,88
CAH	0,95
DCS	0,99
CT	1,15
MR	1,13
TR	1,26
OP	1,27
OH	1,16
UH	1,33
ACSS	0,20
NE	0,10
SU	1,11
OCH	1,27
RCM	1,07
CI	1,13

© LIPSOR-EPITA-MACTOR

Fonte: Inquérito

Partindo da análise do quadro 4 podemos verificar que os actores com um valor de r_i mais elevado são UH, OP e OCH. Através das análises anteriores (MIDI e Plano de influência e dependência) já tínhamos verificado que os actores atrás mencionados eram os mais influentes, aqui podemos constatar que além disso são os mais competitivos. Os que exercem mais influência sobre outros e que menos dependência têm.

2.2. Posição dos actores em relação aos objectivos

O estudo do jogo de actores - objectivos possibilita a análise de como se posicionam os actores em relação aos objectivos estratégicos que foram propostos. Os objectivos estratégicos que se seguem foram elaborados com base nos cinco critérios do Modelo EFQM que dizem respeito aos meios, e são:

(MCQ) Garantir a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de saúde;

(OEO) Atingir os objectivos estratégicos estabelecidos pela organização;

(PSU) Garantir a protecção e a segurança dos utentes;

(SPU) Garantir a participação e satisfação dos utentes;

(MA) Garantir a motivação dos profissionais e promover a autonomia profissional;

(TD) Melhorar os processos de tomada de decisão;

(GT) Garantir a gestão eficaz das tecnologias existentes;

(EI) Garantir a qualidade dos equipamentos e instalações;

(FII) Promover a formação continua a inovação e a investigação;

(TEM) Promover o trabalho entre equipas multidisciplinares;

(MP) Promover e garantir normas de procedimentos;

(CDE) Contribuir para a melhoria do SNS através da cooperação entre diversas entidades;

(EEF) Garantir a eficiência e o equilíbrio financeiro da organização.

(PCQ) Implementação de políticas de controlo de qualidade.

Através da matriz das posições simples (1MAO), é possível verificar que actores estão de acordo com determinados objectivos, onde: (1) acordo, (-1) desacordo ou (0) neutralidade. Desta forma, é possível classificar os actores em relação à sua implicação com os objectivos considerados (soma em linha), e os objectivos em relação à forma como os actores estão mobilizados relativamente a eles (soma em coluna).

Quadro 9. Matriz das posições simples (1MAO).

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

© LIPSOR-EPITA/MACTOR

Fonte: Inquérito

A análise do quadro mostra que não existe nenhum actor em desacordo com os objectivos propostos.

Verificamos que em relação ao objectivo (FII) promover a formação contínua, a inovação e a investigação:

- Existem dois actores que assumem uma posição de neutralidade, o (RCM) e (CI)

Podemos ainda constatar que em relação ao actor (CI):

- Como já referido, assume uma posição neutra em relação ao objectivo (FII) promover a formação contínua, a inovação e a investigação, e ao objectivo (EEF) garantir a eficiência e o equilíbrio financeiro da organização.

Através da Matriz das posições valorizadas (2MAO), além das posições simples dos actores em relação aos objectivos, obtemos também a valorização que cada actor atribui aos diversos objectivos associados. Esta matriz corresponde à mediana das respostas dadas pelos inquiridos. Para tal, foi criada uma escala, onde: (0) corresponde a objectivo nada relevante, (1) corresponde a objectivo pouco relevante (2) corresponde a objectivo relevante (3) corresponde a objectivo muito relevante e (4) corresponde a objectivo bastante relevante. Esta escala permite a cada actor

hierarquizar os objectivos, isto é, permite-nos observar quais as prioridades em relação à realização desses mesmos objectivos.

Quadro 10. Matriz das posições valorizadas (2MAO).

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

© IFSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: Inquérito

Quadro 11. Relação entre a implicação dos actores e a mobilização de objectivos (posições valorizadas).

Implicação dos actores			Mobilização dos objectivos		
1º	CT	48	1º	MCQ	53
2º	DCS	46	2º	OEO	47
3º	MS, CAH	45	3º	SPU	44
15º	CI	20	14º	FII	23

Fonte: Inquérito

Podemos observar que o actor (CT) é o mais envolvido neste jogo, seguido da (DCS), (MS) e (CAH). Por sua vez, o actor menos envolvido é (CI).

Em relação aos objectivos, aquele que mobiliza mais actores é (MCQ) garantir a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de saúde, seguido de (OEO) atingir os objectivos estratégicos estabelecidos pela organização e (SPU) garantir a participação e satisfação dos utentes. Por outro lado, o objectivo que mobiliza menos actores é (FII) promover a formação contínua a inovação e a investigação.

Quadro 12. Matriz ponderada das posições valorizadas (3MAO)

3MAO	MCO	OEO	PSU	SPU	MA	TD	GT	EI	FII	TEM	MP	CDE	EEF	PCQ	Mobilisation
MS	3,5	3,5	3,5	3,5	2,6	1,8	2,6	2,6	1,8	1,8	2,6	3,5	3,5	2,6	39,7
CAH	3,8	3,8	3,8	2,9	2,9	1,9	2,9	3,8	1,9	2,9	2,9	2,9	3,8	2,9	42,8
DCS	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	4,0	2,0	45,6
CT	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	3,5	4,6	4,6	3,5	3,5	4,6	2,3	3,5	2,3	55,2
MR	4,5	3,4	4,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	2,3	3,4	3,4	2,3	3,4	2,3	46,1
TR	5,0	3,8	5,0	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	2,5	2,5	3,8	2,5	3,8	2,5	50,3
OP	3,8	3,8	2,5	3,8	2,5	2,5	2,5	2,5	1,3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	38,1
OH	3,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	1,2	2,3	1,2	2,3	1,2	1,2	2,3	2,3	29,0
UH	5,3	4,0	1,3	4,0	1,3	1,3	2,7	2,7	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	2,7	32,0
ACSS	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	6,6
NE	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	3,6
SU	4,5	3,3	2,2	3,3	2,2	2,2	1,1	1,1	1,1	2,2	2,2	1,1	2,2	3,3	32,3
OCH	3,8	3,8	2,5	3,8	2,5	2,5	1,3	2,5	1,3	2,5	2,5	2,5	2,5	3,8	38,2
RCM	3,2	3,2	2,1	2,1	2,1	1,1	2,1	2,1	0,0	1,1	1,1	3,2	2,1	2,1	27,8
CI	3,4	2,3	2,3	2,3	1,1	1,1	1,1	1,1	0,0	1,1	2,3	2,3	0,0	2,3	22,6
Nombre d'accords	53,8	46,7	41,5	44,5	35,1	31,1	33,1	37,5	21,6	30,7	34,0	30,2	35,8	34,2	
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	53,8	46,7	41,5	44,5	35,1	31,1	33,1	37,5	21,6	30,7	34,0	30,2	35,8	34,2	

© LIPSOR-EPI-TA-MACTOR

Fonte: Inquérito

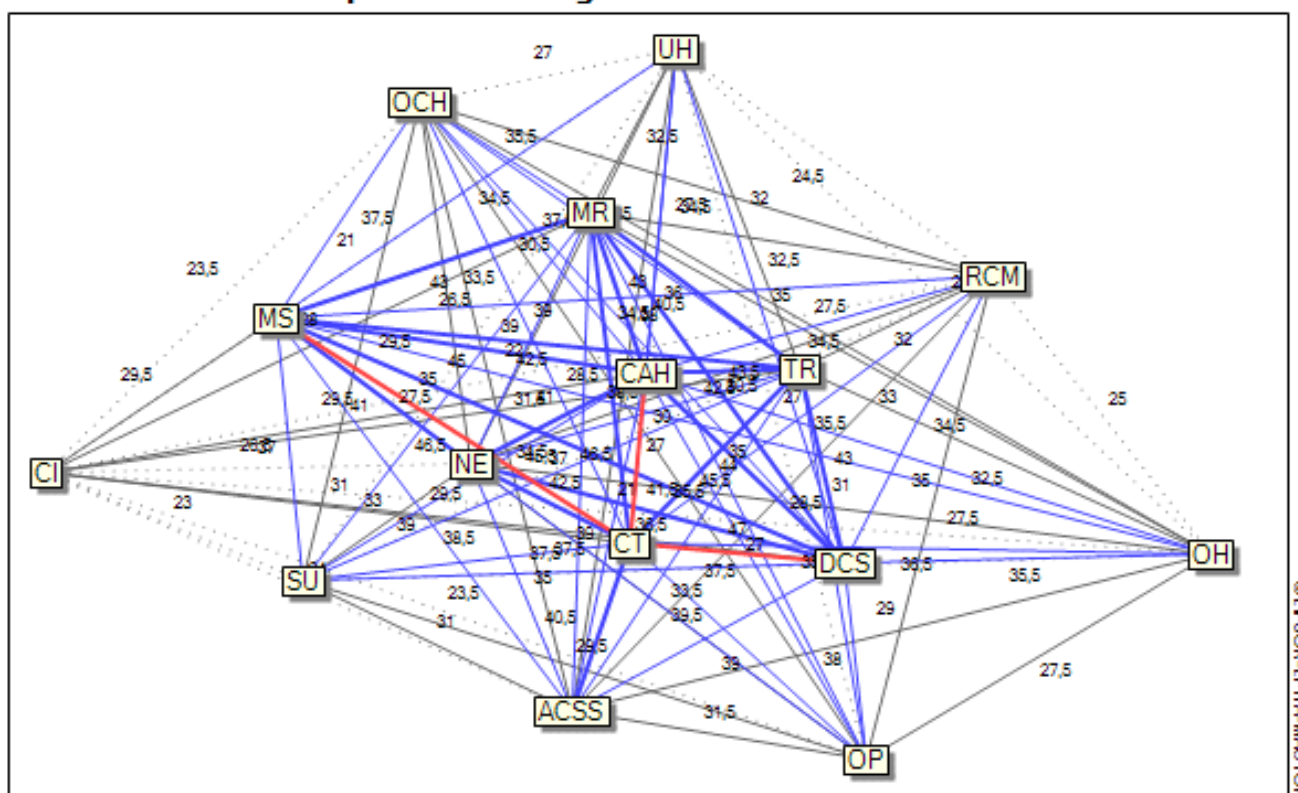
A análise do quadro permite-nos dizer que os objectivos que mobilizam mais actores para a sua concretização se mantêm em relação à 2MAO.

Os actores com maior competitividade, isto é, que têm maior capacidade de impor os seus interesses em relação aos objectivos são (CT), (TR) e (MR) médico radiologista.

Os actores que apresentam menor competitividade, isto é, que têm menor capacidade de impor os seus interesses em relação aos objectivos estratégicos são a (ACSS), (NE) e (CI).

Uma vez conhecido o posicionamento dos actores em relação a outros e o posicionamento dos actores em relação aos objectivos, importa observar qual a relação de convergência entre actores e a posição que cada actor assume agora em relação ao sistema. Para tal, passamos à análise do gráfico de convergência entre actores de ordem 2.

Graphe des convergences entre acteurs d'ordre 2



- Convergences les plus faibles
- Convergences faibles
- Convergences moyennes
- Convergences relativement importantes
- Convergences les plus importantes

Figura 7. Gráfico de convergência entre actores de ordem 2

Fonte: Inquérito

Podemos observar que o actor com maior convergência é (CT) coordenação técnica, a análise da rede de ligação, permite verificar que as convergências mais importantes são entre:

- 1º. (CT) e (CAH);
- 2º. (CT) e (MR);
- 3º. (CT) e (DCS).

Estas convergências permitem afirmar que estes actores podem surgir como potenciais aliados.

Por outro lado, interessa salientar a distância a que os cidadãos se encontram dos restantes actores, demonstrando que não têm objectivos convergentes e portanto muito poucas probabilidades de surgir como aliados de algum actor.

Plan des distances nettes entre acteurs

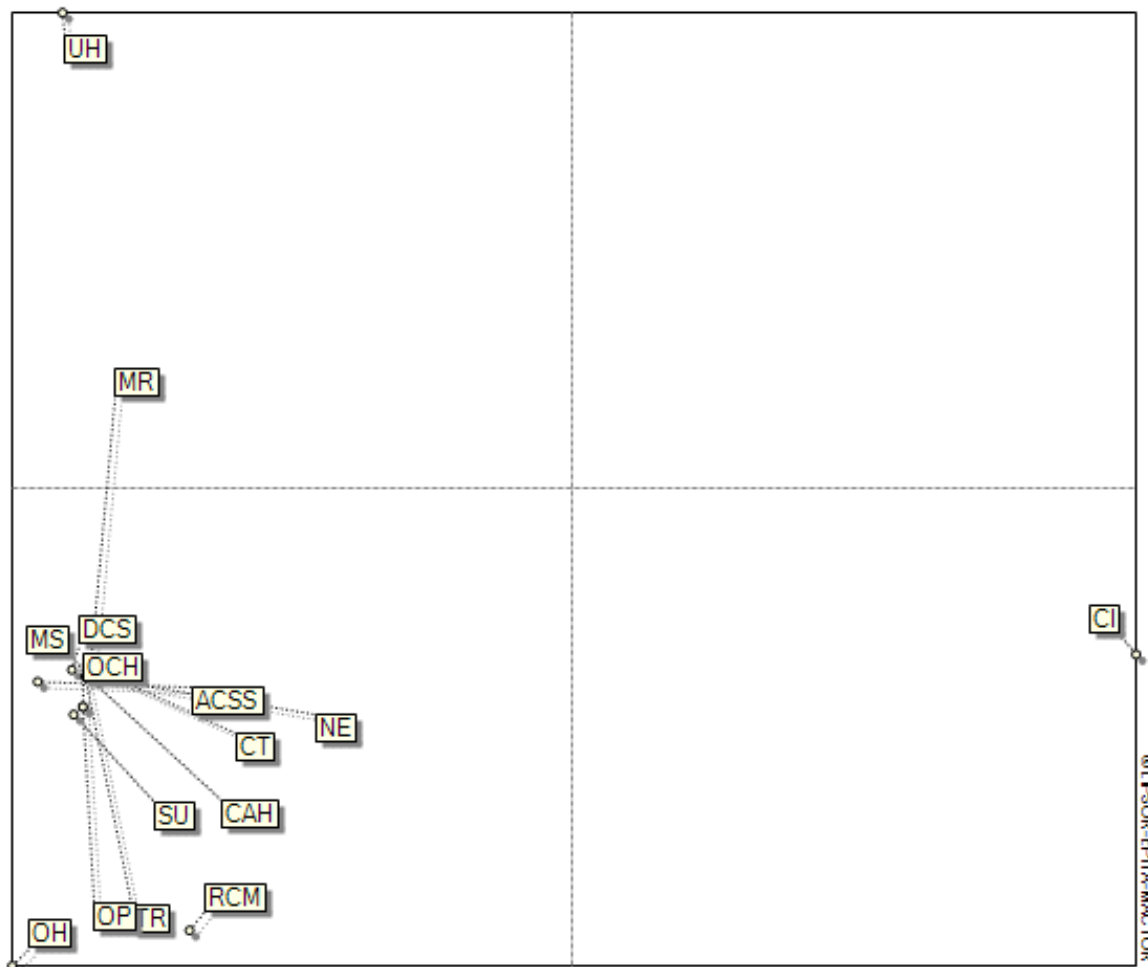


Figura 8. Plano de distância entre actores.

Fonte: Inquérito

Através da análise do plano de distância entre actores podemos afirmar que os actores (CI) cidadãos e (UH) utentes são os que mais se distanciam do resto do sistema.

3. Análise Estrutural – Método MICMAC®

Um sistema pode ser descrito como um conjunto de elementos que se relacionam entre si. A estrutura do sistema, isto é, o tecido relacional entre esses elementos, é importante para compreender a sua evolução, uma vez que conserva uma certa permanência.

“A análise estrutural tem, precisamente, por objecto pôr à luz a estrutura das relações entre as variáveis qualitativas, quantificáveis ou não, que caracterizam o sistema em estudo.” (Godet, 1993)

O MICMAC permite uma hierarquização de variáveis em função da influência directa e indirecta que cada variável exerce sobre outra.

Foram consideradas as seguintes variáveis para a descrição do sistema:

(LCMC) Os líderes do serviço devem promover o envolvimento dos seus colaboradores numa cultura de melhoria continua;

(LFRAC) É importante que a liderança defina funções, responsabilidade e de autonomia aos colaboradores;

(EONC) A implementação de estratégias organizacionais deve realizar-se através da negociação e consenso dos colaboradores;

(NPFC) É importante obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores;

(MASC) É importante definir um método que permita avaliar a satisfação dos colaboradores do serviço;

(CMDP) Todos os colaboradores devem sentir-se motivados para se desenvolverem profissionalmente;

(GEC) Deve existir um processo estruturado que permita uma gestão eficaz do conhecimento;

(GTIOS) A correcta gestão da tecnologia de informação é fundamental para a organização do serviço;

(MCAD) É fundamental para a melhoria continua divulgar os resultados dos processos de avaliação de desempenho;

(SUMS) A satisfação dos utentes deve ser um factor de peso no que concerne a concepção e melhoria dos serviços prestados.

O plano de influências/dependências directa permite observar o comportamento das variáveis no sistema analisado (*vide anexo 2*).

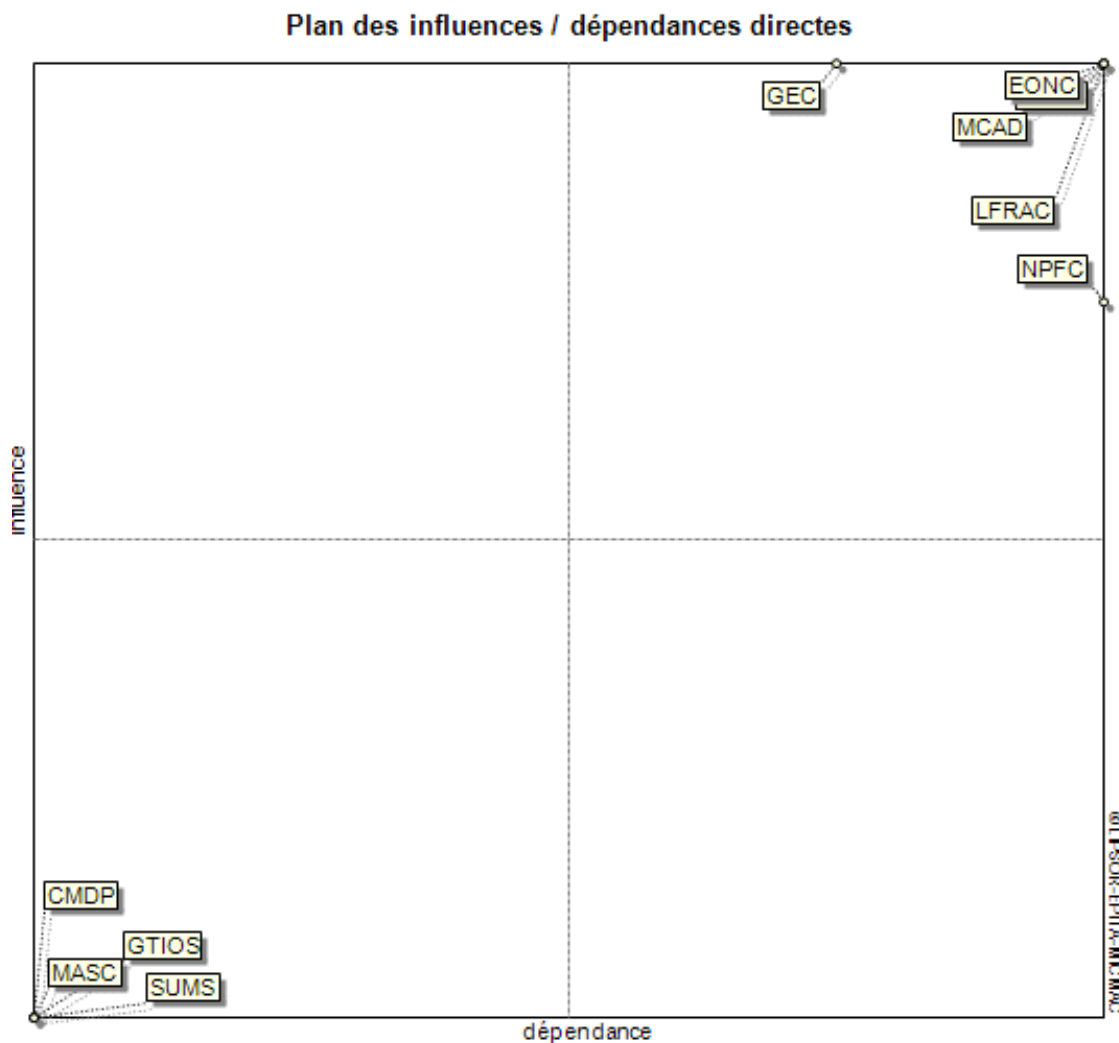


Figura 9. Plano de influência e dependências directas.

Fonte: Inquérito

É possível observar que as variáveis se agrupam em dois quadrantes distintos, no quadrante 4 que corresponde ao das variáveis pouco motrizes e pouco dependentes, e no quadrante 2 que corresponde às variáveis de ligação.

As variáveis pouco motrizes e pouco dependentes são:

- (CMDP) Todos os colaboradores devem sentir-se motivados para se desenvolverem profissionalmente;
- (MASC) É importante definir um método que permita avaliar a satisfação dos colaboradores do serviço;
- (GTIOS) A correcta gestão da tecnologia de informação e fundamental para a organização do serviço;

- (SUMS) A satisfação dos utentes deve ser um factor de peso no que concerne a concepção e melhoria dos serviços prestados.

Podemos referir, ao observar o posicionamento destas variáveis, que, constituem factores desligados do sistema, que não constituem determinantes do futuro, e portanto têm um desenvolvimento autónomo em relação ao sistema.

As variáveis de ligação são:

- (GEC) Deve existir um processo estruturado que permita uma gestão eficaz do conhecimento;
- (EONC) A implementação de estratégias organizacionais deve realizar-se através da negociação e consenso dos colaboradores;
- (MCAD) É fundamental para a melhoria continua divulgar os resultados dos processos de avaliação de desempenho;
- (LFRAC) É importante que a liderança defina funções, responsabilidade e dê autonomia aos colaboradores;
- (NPFC) É importante obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores;
- (LCMC) Os líderes do serviço devem promover o envolvimento dos seus colaboradores numa cultura de melhoria continua.

Podemos referir, ao observar o posicionamento destas variáveis, que, são em simultâneo muito motrizes e muito dependentes e por isso de natureza instável. Uma determinada acção sobre estas variáveis terá repercussões sobre outras, uma vez que são muito dependentes e propagam essas acções sobre o restante sistema.

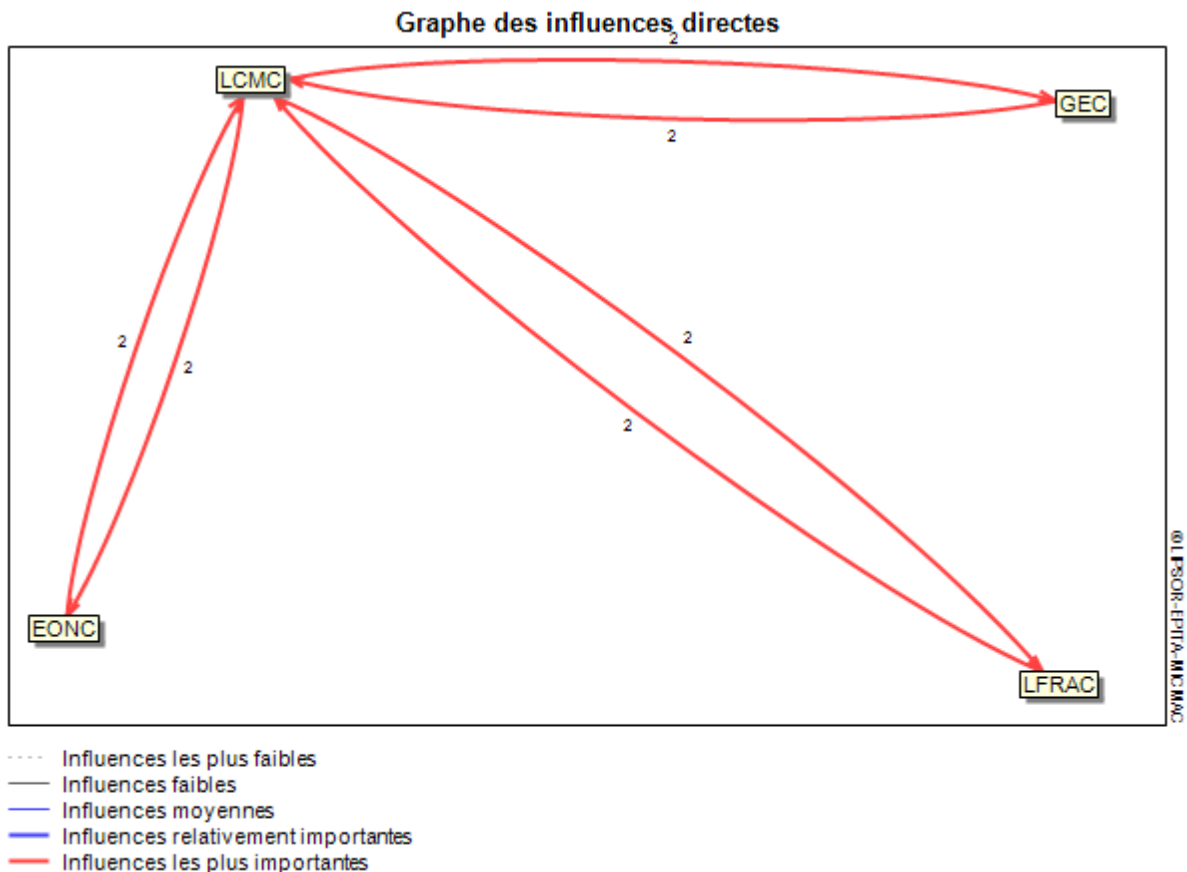


Figura 10. Gráfico de influências directas.

Fonte: Inquérito

O gráfico de influência directa mostra que as variáveis (EONC) “a implementação de estratégias organizacionais deve realizar-se através da negociação e consenso dos colaboradores”, (LFRAC) “é importante que a liderança defina funções, responsabilidade e de autonomia aos colaboradores” e (GEC) “deve existir um processo estruturado que permita uma gestão eficaz do conhecimento” são influenciadas directamente pela variável (LCMC) “os líderes do serviço devem promover o envolvimento dos seus colaboradores numa cultura de melhoria continua”, que por sua vez é influenciada pelas três variáveis anteriormente mencionadas.

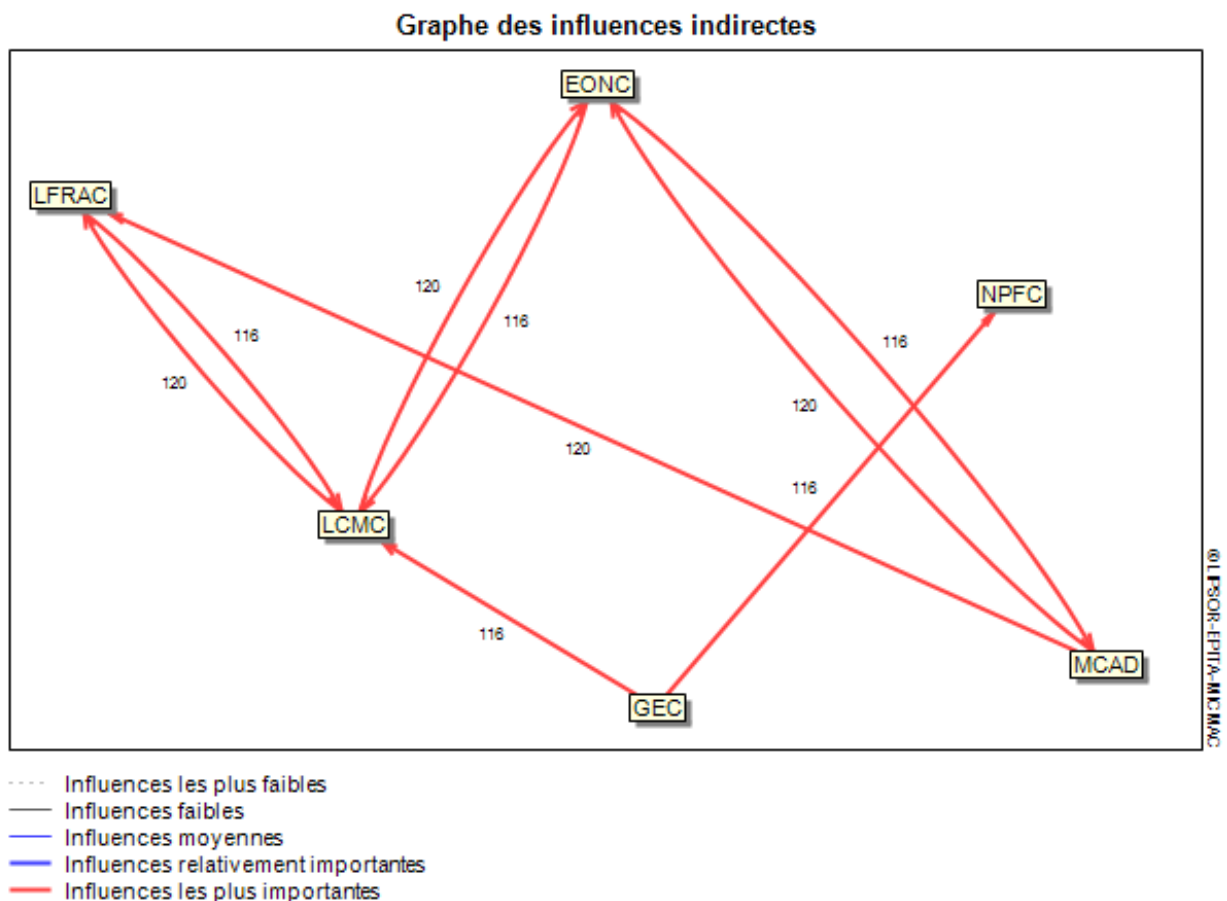


Figura 11. Gráfico de influências indirectas.

Fonte: Inquérito

É possível através da análise da fig. perceber alterações de comportamento relativamente a algumas variáveis.

Surgem duas novas variáveis, (MCAD) “é fundamental para a melhoria continua divulgar os resultados dos processos de avaliação de desempenho” e (NPFC) “é importante obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores”, que estabelecem novas relações de influência.

A variável (MCAD) “é fundamental para a melhoria continua divulgar os resultados dos processos de avaliação de desempenho” aparece com influência em relação à variável (LFRAC) “é importante que a liderança defina funções, responsabilidade e de autonomia aos colaboradores” e (EONC) “a implementação de estratégias organizacionais deve realizar-se através da negociação e consenso dos colaboradores”. E por sua vez além de exercer influencia, é também influenciada pela variável (EONC).

A variável (NPFC) “é importante obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores” aparece influenciada pela variável (GEC)

“deve existir um processo estruturado que permita uma gestão eficaz do conhecimento”.

A análise estrutural permitiu-nos classificar as variáveis do nosso sistema, esta classificação, irá permitir definir quais as variáveis mais importantes para a decisão das orientações estratégicas a elaborar.

4. Discussão dos resultados

De acordo com a análise dos dados que foi realizada, os peritos apresentam um baixo/médio grau de conhecimento em relação aos conceitos relacionados com a qualidade, o que pode demonstrar que têm pouca formação nesta área, dificultando uma futura implementação de um sistema de gestão da qualidade sem que haja uma preparação prévia, no sentido da criação de estratégias que motivem os colaboradores para a formação e para a mudança.

Na última década a formação académica dos técnicos de radiologia vem sofrendo uma significativa alteração nos seus conteúdos, primeiro com a passagem obrigatória a licenciatura, e mais recentemente com a reestruturação ao nível dos conteúdos académicos, e a integração do curso de Radiologia no Processo de Bolonha. Segundo o Relatório de missão do grupo de trabalho na área da Radiologia, o profissional desta área deve: reconhecer as limitações das suas competências e procurar aconselhamento e orientação em conformidade, e investir na formação ao longo da vida desenvolvendo novas aptidões que demonstrem ser relevantes para a elevação da sua profissão. (Lança, *et al.*, 2004)

Isto, vai de encontro ao estudo desenvolvido por Aersa e Carapinheiro (2008), onde é defendido que “com esta nova condição e com este novo estatuto profissional os técnicos de radiologia passaram a ter a oportunidade de autonomizar dimensões significativas dos seus saberes e transformar a relação da sua autoridade profissional.” (p.103)

Poderá verificar-se, daqui a uns anos, que os técnicos de radiologia a formarem-se actualmente, possam assumir uma postura diferente em relação à profissão, visto durante o seu percurso académico terem sido educados nesse sentido.

No que se refere à análise relativamente a actores e objectivos, no sistema estudado, o actor que surge com uma maior influência directa em relação a outros é o utente, talvez pelo papel central que lhe é atribuído actualmente. Do papel passivo de

utilizador de cuidados, o utente passa a ter um papel cada vez mais activo e influente, importa referir que também o seu *feedback* pode condicionar a melhoria das condições da qualidade dos cuidados prestados.

“(…) o cidadão terá tanto mais influência quanto mais sofisticada e desenvolvida for a sociedade, facto que está relacionado com o nível de independência da comunicação social, com a cultura de investigação, com acesso do público aos média, à informação e aos decisores políticos.” (OPSS, 2008, p.62)

Relativamente às influências indirectas, verifica-se, na Unidade de Mamografia, a existência de influências indirectas de alguns actores sobre este serviço, muito provavelmente pela estreita colaboração que existe entre estes e os Serviços de Senologia, Oncologia Médica e Ginecologia, principais prescritores dos exames que se realizam. Além de prescritores de exames, detêm influência também ao nível na programação do trabalho na Unidade de Mamografia, uma vez que nesta se realizam procedimentos de intervenção, que têm prazos muito estreitos a ser cumpridos para garantir o sucesso da recuperação do utente. De tal modo, parte da organização do trabalho passa pelos prazos estabelecidos pelo Serviço de Senologia, Unidade de Oncologia Médica e Ginecologia para a realização dos exames de intervenção nos utentes.

Quadro 13. Número de exames prescritos por serviços hospitalar, em 2010 (primeiras três posições)

Outros Serviços do Hospital	Número de exames prescritos
Serviço de Senologia	1081
Unidade de Oncologia Médica	164
Ginecologia	97

Fonte: Autor

A Unidade de Mamografia integra profissionais de diferentes áreas a trabalhar em equipa. Principalmente em situações de procedimentos de intervenção a equipa multidisciplinar tem que funcionar em consonância para assegurar o sucesso dos procedimentos. “Todos os técnicos que realizam mamografia devem participar activamente nas actividades desempenhadas pela equipa multidisciplinar, contribuindo com o seu conhecimento.” (NHS, 2006, p.4)

A direcção clínica do serviço, considerado superior hierárquico, surge como um actor com dependência directa do Conselho de Administração do Hospital e do Ministério da Saúde, uma vez que as directrizes recebidas vêm destes. No entanto, é um actor com capacidade de condicionar as acções dos outros actores.

No sector público, os líderes são o principal interlocutor entre a organização e o poder político, gerindo as suas responsabilidades partilhadas. São, também, responsáveis pela gestão das relações com as partes interessadas, assegurando que as necessidades destas sejam satisfeitas. (EIPA, 2006)

A coordenação técnica aparece como um actor mobilizado para atingir os objectivos propostos, e com grande capacidade de impor os seus interesses, pelo que surge com maior probabilidade de criar alianças estratégicas com outros, nomeadamente, técnicos de radiologia, médicos radiologistas e direcção clínica do serviço.

Neste jogo de actores, aqueles que assumem as posições mais altas hierarquicamente (direcção clínica do serviço, conselho de administração hospitalar e ministério da saúde), são os que comandam o jogo, isto é, com capacidade de condicionar as acções de outros actores, provavelmente devido ao seu poder. No entanto, face aos objectivos propostos, a sua posição desce, e é ocupada pela coordenação técnica que é o actor que apresenta maior competitividade e capacidade de impor os seus interesses. A coordenação técnica tem responsabilidade e dirige directamente todos os Técnicos de Radiologia, que são os colaboradores que existem em maior número dentro do serviço em estudo, sendo provavelmente essa a explicação para facto deste ser o actor que apresenta maior capacidade de impor os seus interesses no que respeita aos objectivos. Contrapondo com dados anteriores, as lideranças intermédias devem actuar a nível da motivação dos seus colaboradores para a formação e mudança.

“Para que a liderança seja eficaz, há todo um trabalho de coordenação, compromisso e negociação que deve assentar no respeito e confiança, no exemplo e na responsabilidade, conciliando interesses e vontades divergentes, fomentado o *empowerment* e criando um espírito de cooperação e entreajuda que conduza ao desenvolvimento de equipas motivadas, auto-geridas, que apostam na qualidade e na aprendizagem permanente.” (Capricho e Lopes, 2007, p.224)

Os utentes, que assumem uma posição de alta influência em relação a outros actores, no que toca aos objectivos propostos surgem com pouca relevância. Situação esta,

que se explica provavelmente, porque os utentes são o foco da prestação de cuidados de saúde, mas no que toca à realização e mobilização dos objectivos propostos, estes não têm capacidade de condicionar a acção de outros actores.

Relativamente aos objectivos mais mobilizadores a garantia da melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços de saúde e o alcance dos objectivos estratégicos estabelecidos pela organização foram os que assumiram maior importância, o que pode revelar por parte dos colaboradores interesse numa cultura de melhoria. Também a satisfação dos utentes apareceu como um objectivo de relevo, o que demonstra preocupação por parte dos colaboradores, e novamente a colocação deste actor num papel central.

Segundo um estudo desenvolvido por Areosa e Carapinheiro (2008) “a autoridade do técnico de radiologia passa essencialmente pela capacidade técnica para executar as melhores imagens para o diagnóstico dos doentes e pelo tipo de relação que estabelece com o utente do hospital”. (p.101)

Por outro lado, o objectivo menos mobilizador foi promover a formação contínua e a inovação, indo de encontro aos resultados anteriormente obtidos.

Promover acções de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde é uma das orientações estratégicas descritas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016. “Devem ser garantidos conhecimentos e competências que permitam reforçar os processos de melhoria contínua da qualidade, gestão de caso, gestão de risco, redução da variabilidade da prática de cuidados, crítica da evidência científica, cultura de avaliação e discussão científica.” (DGS, 2010)

Segundo a análise dos dados realizada, no que se refere às variáveis é visível o destaque dado à liderança. As variáveis que têm um carácter motriz relacionam-se com o envolvimento activo dos colaboradores no processo de liderança.

Curiosamente, as variáveis relacionadas com satisfação e motivação dos colaboradores apresentam-se numa posição de pouca relevância, o que não deveria acontecer, mas que também é corroborado por dados anteriores.

O envolvimento dos colaboradores no processo de liderança, ao nível da sua responsabilização e atribuição de mais autonomia, pode indicar ser um factor de peso, implicado directamente com a satisfação e a motivação destes.

Segundo Brito (2009), a liderança, enquanto conceito moderno de gestão, dessacraliza a autoridade e privilegia as relações de trabalho ou pessoais, a negociação e a comunicação, que assim têm primazia sobre atitudes autoritárias – motivacional, participativa (democrática) ou por delegação são, entre outras, referências que sustentam uma liderança conseguida.

Também as variáveis relacionadas com a satisfação dos utentes aparecem desligadas do sistema, o que não se coaduna com o papel do utente como *o de parceiro privilegiado nas mudanças que visam melhorar os serviços de saúde*. Visto na análise de influências directas, o utente aparecer como o actor mais influente, e um dos objectivos mais mobilizadores ser a satisfação do utente, seria de esperar que assumisse um papel mais determinante no que respeita ao seu papel enquanto utilizador dos serviços de saúde, e portanto, detentor de uma das opiniões mais importantes em relação à sua qualidade. O que se pode deduzir, é que quando nos referimos às variáveis enquanto eixos sobre o qual as estratégias dos actores se articulam, o utente não assume um papel decisivo.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do crescente interesse que se tem verificado nos últimos anos, o conceito de qualidade ainda representa um desafio para a maioria dos actores que desempenham funções em serviços de saúde. Estabelecer sistemas de avaliação para que a qualidade em saúde possa ser medida e comparada, de forma a garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados tem uma extrema importância.

É essencial prover a área da qualidade em saúde de uma estratégia clara, e que permita a adequação à realidade de cada serviço, permitindo o desenvolvimento sustentado de uma cultura orientada para a melhoria que, de forma coerente e integrada, contribua para dotar os cuidados de saúde de níveis de excelência e segurança superiores aos actuais.

Cruz e Carvalho citado por Capricho e Lopes, 2007, defendem que “para ser possível introduzir, com sucesso, um processo de mudança que vise a implementação da Qualidade Total, é necessário, em primeiro lugar, que exista uma cultura de qualidade na empresa e que o processo de qualidade seja realmente integrado no sistema de valores da organização.” (p.123)

Importante, portanto, conhecer a organização, quer a sua orgânica interna, quer o ambiente externo em que se insere. Para que, ao implementar um sistema de qualidade, este seja adequado e seja possível integrá-lo em todos os elementos constituintes da organização. Para tal, a aplicação de uma metodologia prospectiva torna-se particularmente útil, uma vez que para prospectar é necessário, numa primeira fase, tomar conhecimento dos factores influentes sobre a organização, para os poder considerar numa extrapolação para um cenário futuro.

Em relação aos objectivos propostos a atingir durante a realização deste trabalho, podemos referir, no que se relaciona com a identificação das características da Unidade em estudo, é imprescindível definir formas de actuar, no sentido da formação dos colaboradores na área da qualidade bem como na formação dos líderes intermédios, uma vez que estes desempenham um papel preponderante para a implementação de mudanças organizacionais. Para a implementação de um modelo de qualidade, segundo Bernillon e Géruti citado por Capricho e Lopes (2007), existem cinco princípios indispensáveis para assegurar o sucesso do sistema de qualidade: vontade, envolvimento e exemplaridade da direcção da organização; adesão de todo o pessoal; melhoria da qualidade pela prevenção dos defeitos; medição da qualidade e

existência de distinções e reconhecimento das *performances* individuais e dos desempenhos positivos ligados à qualidade.

No que se relaciona com os objectivos que mobilizam mais actores, a garantia da melhoria de qualidade na prestação de serviços de saúde e o alcance dos objectivos estratégicos estabelecidos pela organização foram os que assumiram as posições mais elevadas. O que pode ser interpretado como um “caminho aberto” para a mudança, no sentido da implementação do modelo de qualidade. Por outro lado, o objectivo que assumiu uma posição mais baixa foi o de promover a formação e a inovação, indicando possivelmente alguma desmotivação por parte dos colaboradores.

Constatámos que a Coordenação Técnica se apresentava como o actor com capacidade superior para estabelecer alianças com outros, nomeadamente Técnicos de Radiologia, Médicos Radiologistas e Direcção Clínica do Serviço. Para a implementação do Modelo EFQM, o actor Coordenação Técnica iria assumir uma posição fundamental, uma vez que é o que tem maior capacidade de mobilização. Por outro lado, as variáveis que nos surgiram como motrizes indicam que a liderança deve assumir uma posição próxima dos colaboradores, focando-se na sua interacção com estes, e não nas suas acções individuais. Assim sendo, a actuação dos líderes intermédios mostra-se mais uma vez determinante.

Relativamente ao utente, considerado o actor mais influente directamente deste jogo, se por um lado existia a preocupação de garantir a sua participação e satisfação, por outro lado, quando analisadas as variáveis sobre as quais se articulavam as estratégias principais, este perdeu a posição de relevo assumida.

A realização deste trabalho permitiu estudar a Unidade de Mamografia em causa, chegando a algumas conclusões relativamente a intervenções estratégicas que deveriam ser realizadas numa primeira fase, para que posteriormente, fosse viável a implementação do modelo de qualidade EFQM.

VI. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS

O desenvolvimento de recomendações estratégicas é um dos objectivos finais deste trabalho. A elaboração destas recomendações tem como suporte a análise das relações de força entre actores, actores e objectivos (que foram elaborados tendo por base os “meios” do modelo de qualidade EFQM) e as variáveis que descobrimos serem as chave, uma vez que representam as estratégias sobre as quais os principais actores se articulam.

Uma vez que as recomendações estratégicas devem ser um auxiliar para o futuro desenvolvimento de um plano de intervenção que permita a implementação do Modelo EFQM, vão ser orientadas com base nos seguintes critérios: liderança, pessoas, políticas e estratégia, e processos. Ficará excluído o critério parcerias e recursos, por não termos resultados relativamente ao mesmo.

O modelo EFQM refere que a liderança deverá realizar-se através do exemplo e, em todos os níveis da organização, resultando de um trabalho de equipa conjunto. Neste ponto definidos como recomendações estratégicas:

- A prática de um modelo de liderança que considere e assegure que os colaboradores conheçam os objectivos da organização e conheçam os níveis de resultado obtido, para que se mantenham envolvidos no processo de melhoria contínua de forma participativa e motivados;
- O desenvolvimento de um trabalho de coordenação, compromisso e negociação que assente no respeito e confiança, no exemplo e na responsabilização, conciliando interesses e vontades divergentes. Isto é, integrar nos órgãos de decisão máxima, os diversos profissionais que constituem recursos humanos indispensáveis, criando um plano horizontal de intervenção real, passando pela negociação e consenso dos colaboradores;
- Considerar a monitorização permanente do desempenho dos colaboradores, divulgando os processos de avaliação de desempenho e dando a conhecer os seus resultados, e consequências da avaliação; competências, formações
- Monitorizar os colaboradores relativamente à formação contínua e à participação no processo de melhoria contínua da qualidade;

Segundo o modelo EFQM, excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu envolvimento e desenvolvimento. Deste modo, definimos como recomendações estratégicas:

- Desenvolver acções de formação direccionadas aos líderes intermédios, no sentido de desenvolverem novas capacidades de liderança;
- Formar os colaboradores para a qualidade, para que além de serem transmitidos conhecimentos técnicos, também seja reforçado o espírito de equipa, aumentando e desenvolvendo nos colaboradores novos hábitos e comportamentos abertos à mudança.
- Implementar mecanismos que privilegiem a formação e a aprendizagem individual grupal e organizacional;
- Reconhecer a importância crescente do capital intelectual humano, aplicando o seu conhecimento em benefício da organização, e em simultâneo, motivando, através da atribuição de responsabilidades e conferindo autonomia;

Gerir uma organização no sentido da excelência só é possível através de um conjunto de sistemas, processos e factos interdependentes e inter-relacionados. Neste sentido, apontamos como recomendações estratégicas:

- A elaboração de um plano que permita o controlo da qualidade;
- A elaboração de medidas no sentido da melhoria da qualidade.

Os processos são parte constituinte do próprio serviço, o seu grau de importância e controlo é tanto maior quanto maior for a automação, complexidade e descontinuidade de cada um deles. Neste sentido, apontamos como recomendações estratégicas:

- Definir ou redefinir todos os processos, de forma a simplificar a sua organização;
- Desenvolver medidas que permitam que após a implementação de um processo, seja possível medir a qualidade da realização dos objectivos pretendidos;
- O desenvolvimento de um processo que permita uma gestão eficaz do conhecimento e a partilha de informação entre colaboradores.

Importa, por fim, além da elaboração de recomendações estratégicas, definir as acções estratégicas a colocar em prática a curto prazo, e a médio e longo prazo. As acções estratégicas a curto prazo vão no sentido de integrar todos os colaboradores no processo e na sua preparação para a futura mudança organizacional. As acções

estratégicas a médio e longo prazo vão no sentido de monitorizar os colaboradores relativamente ao seu grau de envolvimento e implementação de processos que facilitem a mudança organizacional, para a implementação do modelo EFQM.

A. Acções estratégicas a curto prazo

- Desenvolver acções de formação direccionadas aos líderes intermédios, no sentido de desenvolverem novas capacidades de liderança;
- Reconhecer a importância crescente do capital intelectual humano, aplicando o seu conhecimento em benefício da organização, e em simultâneo, motivando, através da atribuição de responsabilidades e conferindo autonomia;
- Formar os colaboradores para a qualidade, com a finalidade transmitir conhecimentos técnicos, e paralelamente reforçar o espírito de equipa, aumentando e desenvolvendo nos colaboradores novos hábitos e comportamentos abertos à mudança;
- Implementar mecanismos que privilegiem a formação e a aprendizagem individual grupal e organizacional;
- Formar os colaboradores em relação ao modelo EFQM;

B. Acções estratégicas a médio e longo prazo

- Monitorizar os colaboradores relativamente à formação contínua e à participação no processo de melhoria contínua da qualidade;
- Considerar a monitorização permanente do desempenho dos colaboradores, divulgando os processos de avaliação de desempenho e dando a conhecer os seus resultados, e consequências da avaliação;
- Definir ou redefinir todos os processos, de forma a simplificar a sua organização;
- Desenvolver medidas que permitam que após a implementação de um processo, seja possível medir a qualidade da realização dos objectivos pretendidos;
- O desenvolvimento de um processo que permita uma gestão eficaz do conhecimento e a partilha de informação entre colaboradores.
- A elaboração de um plano que permita o controlo da qualidade;
- A elaboração de medidas no sentido da melhoria da qualidade.

VII. BIBLIOGRAFIA

Administration, E. I. (2006). Estrutura Comum de Avaliação - Melhorar as organizações públicas através da auto-avaliação. *Conferência da Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia*. Finlândia: Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público.

Areosa, J., e Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão - Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, problemas e práticas*, , pp. 83-108.

ARCAL. (2006). *Control de Calidad en Mamografía*. Austria: OIEA.

Barros, P. P. (25 de Maio de 1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. *Colóquio-debate "Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde"*, pp. 1-3.

Bastos, M. A. (julho de 2001). A temática cultura organizacional nos estudos na área da saúde e da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, pp. 68-74.

Berger, G. (Dezembro de 2004). A atitude prospectiva. *Pascerias Estratégicas*, 19, pp. 311-317.

Bittar, O. J. (1999). Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev Ass Med Brasil*, 45, pp. 357-353.

Brito, M. (2009). Responsabilidade, Liderança e Modelos de Organização dos Cuidados Hospitalares. In L. Campos, M. Borges, e R. Portugal, *Governança dos Hospitais* (pp. 119-126). Alfragide: Casa da Letras.

Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde - o fio condutor*. Coimbra: Almedina.

cancro, L. p. (2009). *Liga portuguesa contra o cancro*. Obtido em 2 de Setembro de 2011, de Liga contra o cancro: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=182>

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

Donabedian, A. (2002). An introduction to quality assurance in health care. *New York : Oxford University Press*.

Donabedian, A. (Abril de 1981). Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *AJPH*, pp. 409-412.

Donabedian, A. (26 de Maio de 1978). The Quality of Medicine Care. *Science*, 200, pp. 856-861.

EFQM . (1999-2003). EFQM - Introdução à excelência. Brussels, Belgium.

Farria, D., Bassett, L., Kimme-Smith, C., e Debruble, N. (Março de 1994). Mammography quality assurance from A to Z. *RadioGraphics*, pp. 371-385.

Frutuoso, J., Neves, G., Afonso, C., Ourô, M., e Janeiro, L. (Julho de 2009). Mamografia: Recursos materiais e técnicas emergentes. *Revista de ciências da saúde da ESSCVP*, pp. 33-45.

Godet, M. (2006). *Creating Futures - Scenaria planning as a strategic managment tool*. London: Economica Lda.

Godet, M. (1993). *Manual de Prospectiva Estratégica - da antecipação à acção*. Lisboa: Dom Quixote.

Godet, M. (2000). The Art of Scenarios and Strategic Planning: Tools and Pitfalls. *Technological Forecasting and Social Change*, 6.

Godet, M., Durance, P., e Gerber, A. (2008). *Strategic Foresight, La Prospective - Use and Misuse of Scenario Building*. Lipsor.

Godet, M., Monti, R., e Meunier, F. R. (s.d.). A caixa de ferramentas da prospectiva estratégica. Lisboa, Lisboa, Portugal.

Godet, M., Régine, M., Francis, M., e Fabrice, R. (2000). *A caixa de ferramentas da prospectiva estratégica*. Lisboa: Cadernos Cepes.

Gomes, D. (2000). *Cultura organizacional - comunicação e identidade*. Coimbra: Quarteto.

Lima, S., e Albano, A. (Agosto de 2002). Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. *Revista ccei - urcamp*, pp. 33-40.

Maxwell, R. J. (1984, Maio 12). Perspectives in NHS Management - Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288, p. 1471.

Meyer, A., Brooks, G., e Goes, J. (1990). Environment jolts and industry revolutions: Organizational responses to discontinuous change. *Strategies management journal*.

Moritz, G. d., e Pereira, M. F. (Janeiro/Julho de 2005). Planejamento de Cenários: A evolução do pensamento prospectivo. *Revista de Ciências de Administração*, 7, p. 1.

Perry, N., Broeders, C., Wolf, C., Tornberg, S., Holland, R., e von Karsa, L. (Abril de 2008). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition—summary document. *Annals of Oncology*, pp. 614-622.

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

Pisco, L., e Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 44-47.

Pisco, L., e Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 44-47.

Prestrelo, M. (Setembro de 2000). Prospectiva: planeamento estratégico e avaliação. *Territórios Alternativos*, p. 3.

Prestrelo, M., e Caldas, J. M. (1996). Estratégia de actores: prospectiva e avaliação. *Sociologia - Problemas e Práticas* , pp. 81-94.

Programmes, N. C. (Abril de 2006). Quality assurance guidelines for mammography. *NHSBSP* , pp. 4-6.

Reis, C., e Pascoal, A. (Abril/Junho de 2010). Mamografia Digital em Portugal: caracterização de tecnologia instalada. *Acta Radiológica Portuguesa* , pp. 157-159.

Ribeiro, C. (Março de 2009). *Mudança organizacional e sistema de informação na saúde*. Obtido em 29 de Junho de 2011, de <http://repositorio.iscte.pt/>: <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1678/1/Mudan%c3%a7a%20Organizacional%20e%20Sistemas%20de%20Informa%c3%a7%c3%a3o%20na%20Sa%c3%bade.pdf>

Ministério da Saúde (2004-2010). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Obtido em 26 de Janeiro de 2011, de Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html

Ministério da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Lisboa: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Portal da Saúde (29 de Junho de 2010). *Redução da despesa e contratação nos hospitais* . Obtido em 20 de Janeiro de 2011, de Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/6/reducao+despesa.htm>

Serapioni, M. (Junho de 2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais* , 85, pp. 65-82.

Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., e Torres, A. P. (2010). *Gestão Estratégica - Conceitos e Prática*. Lisboa: Lidel.

Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Edições Almedina.

Sousa, P. (5 de Maio de 2006). Patient Safety - A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa* , 19, pp. 309-318.

Sousa, P. (2008). *Repositório Universidade Nova*. Obtido em 22 de Janeiro de 2011, de Universidade Nova de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10362/2232>

Tuohy, C. (15 de Outubro de 1999). Dynamics of a changing health sphere: the United States, Britain and Canada. *Health Affairs* , 3, pp. 114-131.

Vergara, F., e Netto, O. (julho/dezembro de 2007). Análise estrutural por maio da metodologia MICMAC aplicada à gestão dos recursos hídricos - o caso da região

hidrográfica da UHE Lajeado na bacia do rio Tocantins, Brasil. *REGA - revista da gestão de água da américa latina* , 4, pp. 5-20.

Weick, K., e Quinn, R. (1999). Organizational Change and Development. *Annual Review Of Psychology* , 50, pp. 361-386.