

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Mestrado em Sociologia
Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

**LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA
QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Estudo de caso de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde

José Luís Ascenso Coelho

Orientação

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas feitas pelo júri.

Évora
Novembro 2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Mestrado em Sociologia
Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

**LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA
QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Estudo de caso de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde



170 144

José Luís Ascenso Coelho

Orientação

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas feitas pelo júri.

Évora
Novembro 2005

LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.

Resumo

O presente estudo, de cariz exploratório e sob uma estratégia de estudo de caso, foi centrado no espaço de regulação das interacções entre os actores e a organização, no sentido de compreender a lógica de acção subjacente à construção da qualidade organizacional nos serviços de saúde. Sob uma perspectiva de análise estratégica, a orientação evoluiu para a exploração de uma dimensão menos estudada – o espaço de acção para além da estratégia. Neste sentido, foi associada à questão central uma hipótese teórica – a da afirmação da dimensão ética na referida lógica de acção. Sob uma opção de investigação extensiva, a instrumentação constou de um inquérito por questionário cuja construção evoluiu a partir de uma grelha de análise definida segundo três eixos – contextualização, regulação e mudança/inação – aos quais se agregou a dimensão da qualidade. Através do protocolo estatístico utilizado, e apesar de algumas limitações deste estudo – instrumentação exclusivamente quantitativa e alguns achados de baixa correlação – foi possível encontrar duas evidências de base empírica: a da existência de um capital de disponibilidade para a mudança e a da identificação de uma dimensão não estratégica na lógica de acção dos actores, a dimensão ética, o que confirmou a hipótese teórica inicialmente assumida.

LOGIC OF ACTION FROM ACTORS IN ORGANIZATIONAL QUALITY BUILDING OF HEALTH CARE SERVICES – CASE-STUDY OF AN HOSPITAL FROM THE NATIONAL HEALTH SERVICE.

Abstract

The present study is an exploratory one and has been focused, under a case-study strategy, on the regulation ground of actor's interaction with the organization, with the purpose of understanding the logic of action underlying the organizational quality building in health care services. Under a strategic analysis perspective, the main frame developed into exploring a less studied dimension – the space of action beyond strategy. In this sense, it was connected to the central issue a theoretical hypothesis – the one of the assertion of the ethical dimension in the actor's logic of action. Under the option for an extensive research, the methodological instrument was a questionnaire developed over three main axes – context, regulation and changement / innovation, to witch the dimension of quality was added. In spite of some limitations– exclusive quantitative approach and some findings with low correlation – this study allowed two empiric evidences: the existence of a fund of availability to changement and the identification of a non strategic dimension – the ethical one – thus ratifying the theoretical hypothesis first admitted.

Agradecimentos

Não se tratando de um segmento obrigatório, o facto de se contemplar um espaço para agradecimentos significa que alguém interveio no nosso projecto de uma ou outra forma tal que merece público reconhecimento. Neste sentido e sem reservas, algumas referências não poderiam deixar de ser feitas.

Desde logo o agradecimento à instituição e aos participantes no estudo em causa, cujo contributo (desde o acolhimento da iniciativa à disponibilidade para opinar) materializou a sua conclusão.

Depois, uma palavra especial para quem, para além de uma notável disponibilidade pedagógica me dispensou evidente solidariedade académica e pessoal – o Professor Doutor Carlos Alberto da Silva.

Finalmente, à Paula, à Marta e à Inês que, com uma extrema generosidade, aceitaram a minha menor disponibilidade para responder às exigências da multiplicidade de papéis que tenho assumido ao longo da vida. O seu apoio permanente e sem reservas alimentou a motivação e compensou o desgaste que um projecto desta natureza implica.

Obrigado.

“O conhecimento dos factos não se esgota na quantificação e descrição, nem mesmo na busca das suas causas. Para além disso, há que encontrar-lhe o significado...”

Augusto da Silva

Valeu a pena a procura.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1 O PROBLEMA EM ESTUDO.....	13
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	17
2.1 Sociologia e organizações – novas leituras.....	17
2.2 Análise estratégica – o estudo das organizações.....	19
2.3 Sistemas de acção – o actor colectivo.....	20
2.4 Regulação – interesses e contingências.....	23
2.5 Saúde em mudança – a qualidade em foco.....	25
2.6 Qualidade em saúde – mudança de paradigma?.....	28
3 ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	31
3.1 O hospital público.....	31
3.1.1 Um locus com movimento.....	31
3.1.2 Regulação – que paradigma?.....	33
3.2 O desígnio da qualidade.....	35
3.2.1 Qualidade em saúde – o estado da arte.....	35
3.2.2 Acreditação / Certificação.....	37
3.2.3 Da retórica ao campo de acção.....	40
3.3 A lógica de acção dos actores.....	42
3.3.1 O poder do saber.....	42
3.3.2 A consciência possível dos profissionais de saúde.....	44
4 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	49
4.1 Desenho do estudo.....	49
4.2 Modelo de Análise.....	52
4.3 Unidade de Análise.....	55
4.4 Procedimentos de recolha de dados.....	59
4.5 Procedimentos de tratamento dos dados.....	66
4.6 Questões éticas.....	68
5 OS ACTORES E A QUALIDADE ORGANIZACIONAL – PARA ALÉM DA ESTRATÉGIA.....	70
5.1 Recortes organizacionais.....	71
5.1.1 Controlo remoto?.....	71
5.1.2 O primado da autonomia.....	74
5.1.3 Panorama da regulação.....	77
5.2 Necessidades de e para a mudança.....	78
5.2.1 O desafio da qualidade.....	78
5.2.2 Capital de disponibilidade.....	85
5.3 Potencial original: motivação não estratégica.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Evolução da autonomia profissional.....	47
Quadro 2	Lógica de evolução do conhecimento.....	53
Quadro 3	Distribuição por género e grupo profissional.....	57
Quadro 4	Caracterização dos respondentes.....	58
Quadro 5	Balanço do inquérito.....	58
Quadro 6	Taxa de resposta por grupo profissional.....	58
Quadro 7	Distribuição por género e grupo profissional.....	59
Quadro 8	E1 – Escala do contexto.....	61
Quadro 9	E2 – Escala das relações institucionais.....	61
Quadro 10	E3 – Escala do ambiente.....	62
Quadro 11	E4 – Escala da qualidade.....	62
Quadro 12	Correspondência de medidas entre escalas.....	63
Quadro 13	Fiabilidade do Inquérito: pré-teste e versão final.....	64
Quadro 14	Validade convergente das escalas: matriz de correlações.....	65
Quadro 15	Diferenças de opinião, entre grupos profissionais, sobre a regulação de controlo.....	71
Quadro 16	Explicação da variância para a análise das Relações Institucionais.....	72
Quadro 17	Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala das Relações Institucionais.....	72
Quadro 18	Dimensões de regulação de Controlo: carga factorial.....	73
Quadro 19	Diferenças de opinião, entre grupos profissionais, sobre a regulação autónoma.....	74
Quadro 20	Explicação da variância para a análise do Ambiente.....	75
Quadro 21	Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala do Ambiente.....	75
Quadro 22	Dimensões da Regulação Autónoma: carga factorial.....	76
Quadro 23	Comparação de resultados sobre a qualidade em função do grupo profissional.....	79
Quadro 24	Comparação de resultados sobre a qualidade em função do género.....	79
Quadro 25	Comparação de resultados sobre a qualidade em função do grupo etário.....	79
Quadro 26	Hierarquização dos itens da qualidade por grupo profissional.....	79
Quadro 27	Explicação da variância para a análise da Qualidade.....	80
Quadro 28	Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala da Qualidade.....	80
Quadro 29	Dimensões da Qualidade: carga factorial.....	82
Quadro 30	Matriz de correlações entre o IQ e as relações entre pessoas.....	83
Quadro 31	Matriz de correlações entre o IQ e as relações institucionais.....	84
Quadro 32	Matriz de correlações entre o IQ e o contexto.....	84
Quadro 33	Diferenças de opinião, entre grupos profissionais, sobre o contexto.....	85
Quadro 34	Explicação da variância para a análise do Contexto.....	86
Quadro 35	Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala do Contexto.....	86
Quadro 36	Dimensões de Mudança/Inovação: carga factorial.....	87
Quadro 37	Relação entre qualidade e ética.....	89
Quadro 38	Resumo dos achados da grelha de análise.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Matriz da grelha de análise.....	54
Figura 2	Visão global sobre as fontes de regulação de controlo na unidade de análise.....	73
Figura 3	Visão global sobre as dimensões de regulação autónoma na unidade de análise.....	77
Figura 4	Diagrama da regulação no HUA.....	78
Figura 5	Valoração global da qualidade pelos profissionais.....	82
Figura 6	Mecanismo da valoração da qualidade.....	83
Figura 7	Visão global sobre o contexto na unidade de análise.....	87

INTRODUÇÃO

A experiência de vinte anos de exercício profissional como profissional de saúde, maioritariamente em ambiente hospitalar público, tem-me proporcionado uma vivência que, marcada, entre outras, pela experiência de alguns dilemas éticos, consubstancia o interesse pela problemática da qualidade, no contexto de um sistema que se afirma “centrado no cidadão”.

A *qualidade*, designada como elemento fulcral da reforma no sistema nacional de saúde constitui, assim, referência indispensável em qualquer estudo organizacional na área da saúde. São vários os momentos, na actualidade, em que esta tem sido apontada como horizonte desejado: na versão de 1999 do documento “Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século, 1998-2002” (elaborado em 1997 e revisto em 1999), a Direcção-Geral da Saúde (DGS) apresenta, no eixo da reforma na administração pública da saúde, o conceito de *Sistema da Qualidade na Saúde* – este conceito refere-se quer às organizações quer aos cuidados nelas prestados.

Ainda em 1999, é criado o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), a quem incumbe “a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.”; em 2003, o Ministério da Saúde, através da DGS, apresenta o Plano Nacional de Saúde (PNS) – com um horizonte previsível de dez anos – em que é apontado o deficit em qualidade como um dos aspectos que justificam a importância da mudança no sector. Neste documento, e no mesmo sentido, está explícita a necessidade de desenvolvimento de estudos organizacionais; ainda em 2003 é criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) a quem incumbe, entre outras atribuições e como consta dos objectivos definidos para a regulação, “garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde”.

É neste contexto que a mudança, nas organizações dos serviços de saúde – tendo em vista a qualidade – se constitui como um processo complexo (perante as várias dimensões passíveis de ser consideradas na análise da qualidade) que merece estudo aprofundado no intuito de melhor compreender os factores e mecanismos envolvidos. Esta melhor compreensão é naturalmente tributária, em termos do sucesso que se espera da mudança, de um conhecimento mais aprofundado da realidade.

No sentido de delimitar o objecto de estudo, a pesquisa centrou-se no espaço de regulação das interacções entre os actores (respectivos saberes e poderes) e a organização (sua estratégia de acção e os procedimentos que lhe estão associados), face ao desafio da construção da qualidade.

Configurou-se, assim, um terreno em que a sociologia das organizações é intersectada por planos de análise nos domínios da sociologia do trabalho e da sociologia da saúde. Não exclui, contudo, o recrutamento de alguns pressupostos das teses mais recentes sobre as organizações, com origem no campo da Psicologia Social. O interesse decorre, como dizem Santos Silva e Madureira Pinto (2001), da situação das diferentes ciências sociais não representarem factos exclusivos de um domínio; antes, partem de perspectivas teóricas diferentes e assumem diferentes objectos científicos.

Como linha orientadora de pesquisa, formulei duas questões a partir das quais se desenvolveu o processo de investigação: uma questão nuclear, como fio condutor da pesquisa – *Como se processa a regulação das interacções entre os actores e as organizações, na área da saúde?* e uma questão complementar, no sentido de clarificar o campo de trabalho analítico – *Como se posiciona a qualidade no horizonte dos interesses dos actores?*

Com o presente estudo pretendi, em concreto e sob uma perspectiva de *análise estratégica/organizacional*, explorar de forma crítica a dimensão menos estudada da lógica de acção dos actores numa organização: a que está para além da *acção estratégica*. Neste sentido foi admitida, no espaço de dissertação, uma hipótese teórica: a de que a dimensão ética tem expressão significativa no domínio da lógica de acção dos actores.

Assim, a finalidade da pesquisa, na procura de uma construção lógica explicativa para o fenómeno da regulação, traduziu-se pelo enunciado daquele que defini como objectivo central: *descodificar o sistema de regulação de uma organização na área da saúde* – no presente caso, um hospital – no sentido de revelar a lógica de acção dos actores perante um novo paradigma, a construção da qualidade organizacional. A análise sociológica, que deste modo se perspectiva, visa o estudo das diversas formas “como as acções dos homens são condicionadas por relações estabelecidas ao nível dos grupos e organizações em que se inserem e cujas características elas próprias produzem e reproduzem (e transformam).” Augusto Silva e Madureira Pinto (2001: 21).

A abrangência da temática que envolve o enunciado acima referido suscitou, no sentido de operacionalizar o estudo, a necessidade de definir dimensões de análise mais específicas que permitissem delimitar o campo de exploração da realidade. Assim, considerei, como questões associadas ao objectivo já definido, as seguintes:

- Como é que os actores equacionam a problemática da qualidade, no domínio da relação entre pessoas?
- Como é que os grupos profissionais valorizam a qualidade, no terreno das relações institucionais?
- Qual a importância que os actores atribuem à qualidade no contexto das relações entre a organização e o meio envolvente?
- De que modo os quadros de referência ética interferem na adesão dos profissionais ao desígnio da qualidade organizacional?

O propósito assim anunciado parece ter cabimento dado que o conhecimento que daí advém possibilita, ao nível dos decisores, um fundamento acrescido para a concepção e implementação de estratégias destinadas à prossecução do novo (?) desígnio organizacional – a qualidade. Será, então, possível esperar que a mudança ultrapasse o âmbito de resposta adaptativa a novo enquadramento jurídico-legal.

Face à escassez de estudos organizacionais, na área das organizações de saúde, nomeadamente em Portugal, a opção recaiu sobre um desenho de estudo exploratório – cujo interesse se situou para além dos aspectos descritivos – sob uma estratégia de Estudo de Caso. Perante o formato das perguntas de investigação formuladas, «como?», não havendo controlo do investigador sobre os comportamentos a considerar (trata-se de analisar um processo organizacional) e dado o facto de a pesquisa se desenvolver na actualidade, a estratégia aconselhada é, de acordo com Robert Yin (1994) e John Creswell (2003), a do Estudo de Caso.

O quadro de fundamentação teórica foi construído com recurso às teses de Bernoux (sd), Croizier e Friedberg (1977) e Friedberg (1995) como sustentação do modelo de análise privilegiado – o da análise estratégica – a que associei as de Reynaud (1997) no sentido de auxiliar o tratamento da problemática da regulação. No alinhamento da concepção de organização como terreno de construção social, recrutei a tese de Strati (2000) cujo contributo permitiu criar espaço para outros contributos como a visão culturalista de Piotet e Sainsaulieu (1994) e a introdução da problemática da mudança/ inovação através dos trabalhos de Alter (1996). A metodologia associada ao modelo de análise – a das lógicas de acção – fundou-se

nas teses de Amblard et al (1996) cujo constructo permitiu aceder à compreensão elementar dos processos sociais em causa numa organização. Esta compreensão constituiu-se como suporte fundamental para o trabalho de recomposição dos dados recolhidos, de modo a explicitar a racionalidade subjacente. A transposição deste eixo do quadro teórico para o domínio das organizações de saúde foi feita recrutando as teses de Silva (1995) e Carapinheiro (1993). Esta transposição foi progressivamente enriquecida com visões mais recentes da análise organizacional com especial relevo para as teses de Silva (2004) e sínteses como as de Flood e Fennell (1995) e de Chiha (2003).

O processo de recolha e tratamento dos dados – instrumentação extensiva através de inquérito por questionário, associada a uma estratégia de análise de teor quantitativo – revelou algumas fragilidades, traduzidas por alguns achados de baixa correlação sem, contudo, inviabilizar o estudo. Longe da obstinação cientista da prova matemática, sem contudo a desvalorizar, a finalidade nuclear era a de chegar a uma matriz de leitura da realidade das organizações de saúde. Tal foi, apenas em parte, conseguido (por deficiência provável na construção do instrumento de recolha dos dados). Não obstante, foi possível evidenciar a presença de uma *dimensão não estratégica* no espaço organizacional da unidade de análise – aspecto crítico para responder às questões de partida elencadas para este estudo.

A intenção subjacente de contribuir activamente para a mudança alicerça-se numa visão próxima da de Michel Villette (1999: 336): “Depois de ter servido lealmente a profissão, não será concebível pôr-se ao serviço de um outro ideal e de contribuir deste modo para a lenta evolução das representações (e, talvez, indirectamente, das práticas)?”

1. O PROBLEMA EM ESTUDO

Para Philippe Bernoux (s.d.), os processos de mudança ultrapassam largamente o âmbito formal da decisão, subsequente à legislação. Porque não se decreta, a mudança deve ser acompanhada de uma aprendizagem de novos modos de relações que a facilitem e sustentem. Para o autor, "A dificuldade vem de que a aprendizagem da nova prática social faz-se no interior da antiga, pelo que é necessário inventar relações diferentes num sistema que vive uma certa prática." Bernoux (sd: 198).

A *qualidade*, como um dos factores determinantes para o desenvolvimento organizacional na área da saúde pode ser, pelo que de aprendizagem implica, vista de duas formas: como um processo, mas também como objectivo a atingir. Neste enquadramento, torna-se fundamental a definição de ambos.

Como processo, relaciona-se com o desempenho esperado para os profissionais da saúde (já que dele dependem, em grande parte, os resultados obtidos, em termos dos cuidados prestados) e com as metas definidas para a acção de uma dada organização de saúde. A estratégia adoptada deve, assim, contemplar os mecanismos de avaliação que permitam monitorizar a mudança: ler os efeitos que vão sendo produzidos pela transformação, de modo a que seja possível, em cada momento, introduzir as correcções necessárias.

Como horizonte desejado, a *qualidade* intersecta dois domínios fundamentais: o domínio organizacional, que abordo seguidamente e o domínio dos actores cujas considerações remeto para o ponto seguinte.

No que diz respeito ao domínio organizacional, recorrendo à perspectiva defendida por José Neves (2000: 29) – a de que o clima se forma "em virtude de os indivíduos numa organização estarem expostos aos mesmos factores organizacionais, resultando, por isso, percepções semelhantes" – assumem especial relevância os procedimentos que determinam o modo de agir, no sentido da qualidade: normas, protocolos, manuais, entre outros. Para além destes, é possível começar a decodificar a filosofia que suporta a cultura da organização através da análise das representações que os actores têm sobre a dinâmica interna e sobre a relação com o meio envolvente.

Conceito de grande complexidade, o de *cultura organizacional* é, de acordo com o mesmo autor, caracterizado, na generalidade da literatura, pela inclusão de aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais, ao que acrescenta as características de algo que é colectivo e partilhado. Michael Reed (1992: 113), referindo-se às organizações como «práticas sociais», já havia salientado esta dimensão colectiva ao afirmar que estas se destinam à “montagem e integração de outras práticas sociais preocupadas com a transformação das condições – quer materiais quer ideais – sob as quais a acção colectiva se torna possível.”¹

A esta construção subjaz a necessidade de mecanismos que promovam a estabilidade necessária para equilibrar o ambiente face à perturbação que a integração de novas práticas induz. Como defende Erhard Friedberg (1995: 551) “A organização estrutura um mercado, quer dizer, a sua estrutura e as suas regras constituem e regulam um mercado de comportamentos.”² É neste sentido que a problemática da regulação assume especial interesse para o presente estudo.

A função social que os serviços de saúde desempenham implica que o conceito de qualidade (dado que não existe um conceito único, universal) traduza, entre outros aspectos, o tipo de desempenho que a esta função importa. Neste sentido, a relação entre o clima interno e a envolvente externa, coloca em evidência a tensão existente entre expectativas e constrangimentos, impondo, à organização, o desafio de uma permanente capacidade de adaptação às novas exigências.

Trata-se, então, de promover uma “nova cultura” organizacional na área da saúde: para além de saber o que se faz, importa conhecer a razão, o processo e a finalidade que lhes subjazem. A este propósito, João Bilhim (1996) faz referência à necessidade de construção de um clima para a mudança. A explicitação das razões, dos processos e das finalidades permite aproveitar a tensão inerente à mudança (vista como transformação de um sistema de acção) como elemento facilitador da inovação, ao mesmo tempo que pode ajudar a controlar os factores que obstam à inovação ou passíveis de induzir um padrão de regressão nas atitudes (Michel Crozier e Erhard Friedberg, 1977).

Esta mudança é naturalmente acompanhada de um certo grau de resistência, também porque ocorre num ambiente que a revela em relação aos fenómenos de

¹ “assembly and integration of other social practices concerned with transforming the conditions – both material and ideal – under which collective action is made possible.”

² “L’organisation structure un marché, c’est à dire que sa structure et ses règles constituent et régulent un marché de comportements.”

inovação (com excepção dos que se referem a inovações científicas do domínio clínico ou tecnológicas): o das organizações de saúde.

É neste sentido que se espera que tal seja tido em conta por parte das organizações, no que concerne às estratégias adoptadas para evitar situações limite: a recusa de colaborar perante uma nova lógica organizacional, com a instabilidade (exacerbada) que daí pode surgir. Na mesma linha de pensamento, Carlos Silva (2001: 86) chama atenção para o facto de ser "imprescindível ter em atenção os constrangimentos dos actores, na medida em que todos os trabalhadores, enquanto actores sociais, possuem as suas estratégias individuais e colectivas que os orientam na participação ou rejeição das lógicas de vivência organizacional."

Para que o sucesso da mudança seja possível torna-se indispensável aceder a um conhecimento mais profundo da realidade organizacional na saúde. O acesso a este conhecimento permite explorar os dois principais vectores de participação na vida organizacional: o domínio da análise da realidade e o domínio da acção sobre essa mesma realidade (em que se insere a problemática da mudança). Para Françoise Gonnet (1992: 261) "uma vez que o diagnóstico põe em evidência as lógicas e as estratégias dos actores, permite igualmente conceber uma ou várias estratégias de mudança adaptadas ao conjunto sobre o qual se quer agir."

Friedberg (1995) vai mais longe e estabelece a distinção entre análise (como leitura da situação que permite a reconstrução das lógicas dos actores) e diagnóstico (como avaliação segundo critérios que permitem orientar a acção). A análise da organização visa, assim (num entendimento de cariz culturalista sobre a empresa), "esclarecer a natureza do vínculo social e das relações colectivas (...) cujos efeitos se fazem sentir constantemente sobre a qualidade e a quantidade dos objectos produzidos ou serviços prestados..." (Françoise Piotet e Renaud Sainsaulieu, 1994: 21)¹.

Esta é, seguramente, uma das dimensões cuja análise permitirá o reconhecimento da lógica subjacente à acção dos actores envolvidos no processo de mudança em causa. A reconstrução desta matriz poderá, assim, iniciar-se a partir do conhecimento do património comum, isto é, dos factores que condicionam

¹ "Éclairer la nature du lien social et des rapports collectives (...) don't les effets se font constamment sentir sur la qualité et la quantité des objets produits ou des services rendus..."

positivamente ou negativamente a configuração das relações que os referidos actores, entre si e com o meio, estabelecem.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 SOCIOLOGIA E ORGANIZAÇÕES – PERSPECTIVAS E NOVAS LEITURAS

António Strati (2000: 1) demonstra a pertinência dos estudos organizacionais com a sua afirmação de que “As organizações (...) de ser apenas parte da sociedade, evoluíram para uma espécie de representação sua.”¹ Como Reed (1992) já tinha sustentado, o fenómeno da integração das práticas sociais em geral, no terreno das organizações, configura a procura de uma forma de representação dessa mesma sociedade nas suas várias dimensões.

Entender a organização como um produto da construção social, no sentido de aceder à compreensão da sua complexidade, implica disponibilidade para uma abordagem diferente (quer do ponto de vista académico – o estudo – quer do ponto de vista técnico – a intervenção): parafraseando Silva (2004-II: 15), são necessárias “outras lentes que permitam dar ‘novas’ cores interpretativas aos diferentes aspectos formais e informais da complexidade do campo organizacional.”² Em forma de síntese, o autor afirma que o futuro da Sociologia das Organizações representa “um desafio de (re)construção teórico-metodológico”.

Para responder a este tipo de desafio, Flood e Fennell (1995) apelam à valorização do papel que os sociólogos podem ter nas organizações: dizem os autores que, apesar das *lentes da sociologia* – porque construídas por ela própria – poderem induzir alterações na percepção do investigador, permitem revelar alguns dos aspectos importantes que ocorrem nos processos de mudança.

Numa visão próxima da de Strati (2000)³ estes autores sinalizam, sobretudo para o caso das organizações e sistemas de saúde, um dos principais problemas que se colocam à sociologia das organizações, isto é, a dificuldade de identificar com clareza a fronteira entre estas organizações/sistemas e o meio envolvente. Esta dificuldade parece-me, em parte, explicável pelo duplo sentido que encerra a visão stratiana de “organizações sem paredes” (à qual subjaz o conceito de “organizações

¹ “Organizations (...) from being only part of society had grown into some sort of surrogate for it.”

² A noção de campo a que o autor se refere tem origem nas teses de Pierre Bourdieu (1989), nas quais, por *campo*, se entende o espaço em que as posições relativas dos actores (baseadas no capital próprio de cada um) se confrontam no sentido de se determinar a hierarquia de forças dominantes. A este conceito está associado, nas mesmas teses e de forma interdependente, o de *habitus*, como a racionalidade estruturante das condutas grupais (baseada no histórico de relações mas com a capacidade de adaptação desse mesmo histórico a cada novo campo).

³ Refiro-me ao conceito de *organizações sem paredes* que Strati propõe no sentido de evidenciar a permeabilidade entre o mundo organizacional e o meio envolvente.

como contextos sociais”), quando a análise se situa no domínio das organizações de saúde. De um lado, estão os aspectos da vida organizacional que os actores transportam para fora do ambiente organizacional e do outro estão as preocupações e expectativas que os mesmos actores e seus familiares (que também recorrem a esses serviços) têm sobre o desempenho organizacional¹.

Apesar da evidência desta dificuldade, entre outras, Flood e Fennell (1995) salientam dois dos aspectos mais positivos do papel dos sociólogos nas organizações. Um destes aspectos diz respeito ao que os autores designam por “abertura da caixa negra” no sentido da importância que aqueles podem ter quando constroem as *lentes* para observação da dinâmica organizacional, revelando-a e ajudando na sua compreensão; o outro aspecto prende-se com a resposta ao desafio que se lhes coloca: ir além da descrição dos fenómenos assumindo uma postura de contributo activo para a reforma (neste caso) do sistema de saúde.

Esta ambição pressupõe a existência de um quadro teórico que suporte a opção metodológica. Neste sentido, recuro os trabalhos de Gibson Burrell e Gareth Morgan (1994) a propósito das relações entre paradigmas sociológicos e análise organizacional. Retenho, destes trabalhos, o interesse da referência a um espaço analítico em que os contributos são de duas ordens que se articulam para configurar o que os autores designam por “dimensão subjectiva-objectiva” e que, na sua perspectiva, permite recrutar para o terreno da discussão o contributo de diversos aspectos conceptuais dos vários paradigmas, mais do que o simples confronto linear entre paradigmas.

Neste alinhamento, recrutando de novo o entendimento stratiano de contextos sociais (a propósito das organizações), o interesse instrumental da sociologia das organizações reside fundamentalmente na compreensão da estrutura do sistema social que encerram. Para tal torna-se necessário, de acordo com Piotet e Sainsaulieu (1994: 34), “explorar os processos transformadores que resultam das

¹ Este fenómeno de dupla transacção – num sentido, a da reflexão que os actores (profissionais) fazem no seu tempo e espaço privados sobre os aspectos da sua vida quotidiana na organização, e noutra, a da utilização dos serviços de saúde pelos próprios profissionais e seus familiares – que Strati (2000) detalhadamente descreve, encerra um desafio para o terreno empírico, embora num outro contexto de estudo: o de tentar perceber até que ponto este duplo papel para o mesmo actor se pode constituir como fonte de modelação no que Crozier (1977) define como zona de incerteza, isto é, a dimensão do poder que os actores detêm uns sobre os outros.

intervenção sobre uma ou outra das regulações que constroem a força do sistema social...”¹.

2.2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – O ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES

É Bernoux (s.d.) quem afirma que, porque permite compreender o funcionamento de uma organização e agir de acordo com esse conhecimento, “a pertinência da análise estratégica não se demonstra pela teoria, prova-se no terreno”. Não obstante, como o próprio assume, a necessidade de referência à obra de Crozier e Friedberg é incontornável para o âmbito dos estudos organizacionais baseados numa perspectiva de análise estratégica.

No quadro desta visão teórica, o autor apresenta três conceitos chave: o de ‘sistema concreto de acção’, o de ‘zona de incerteza’ e o de ‘poder’. O primeiro, com origem nas teses de Crozier e Friedberg (1977), que sugerem que “o fenómeno organização e o fenómeno sistema de acção (...) são fenómenos centrais para a pesquisa” no domínio das organizações, remete-nos para o terreno da regulação social, na sua expressão organizacional – problemática que abordo em espaço próprio, no ponto 2.4. Nesta visão, à qual subjaz a ideia de que é o actor que cria o sistema, ao estruturar as suas relações (produzindo, deste modo, regras para o jogo organizacional), o interesse reside na procura de explicações para a ordem social, a partir do estudo das organizações.

O segundo conceito, o de zona de incerteza, traduz a realidade do poder que um actor detém sobre outros, recurso que este integra no seu jogo de relações. A autonomia e a possibilidade de fazer opções, que esta mesma incerteza comporta, configuram uma forma de poder que se estrutura a partir da sua marca distintiva – a imprevisibilidade. Deste modo, e de acordo com Crozier e Friedberg (1977), o constrangimento organizacional sobre o actor nunca é total. Bernoux (sd) acrescenta que esta contingência (a imprevisibilidade) também se verifica na relação entre a organização e o meio envolvente. Do ponto de vista empírico será, então, interessante compreender até que ponto evolui a analogia: o constrangimento que o meio envolvente exerce sobre a organização não ser, também, total.

¹ “explorer les processus transformateurs qui résultent des interventions sur l’une ou l’autre des régulations qui construisent la force du système social...”

Um terceiro conceito, o de poder, é definido por Bernoux (s.d.) pela seguinte expressão: "O poder de A sobre B é a capacidade de A conseguir que, na sua relação com B, os termos de troca lhe sejam favoráveis." As fontes de poder elencadas pelo autor são quatro, a saber, uma competência altamente diferenciada, uma facilidade de relacionamento com o meio, o domínio dos circuitos de comunicação e a capacidade de aproveitamento das regras instituídas.

A análise estratégica é, assim, no que concerne à forma de analisar as organizações e na visão de Crozier e Friedberg (1977), pelo tipo de raciocínio que lhe está associado, a mais adequada já que a descodificação do sistema se faz a partir do actor, ao contrário do raciocínio sistémico. Friedberg (1992) acrescenta e afirma a importância do papel do sociólogo na leitura da matriz da estrutura formal de forma a desocultar a riqueza e complexidade da estrutura informal.

2.3 LÓGICAS DE ACÇÃO – O ACTOR COLECTIVO

Uma lógica de acção à escala organizacional, pressupõe um papel activo para os actores envolvidos – neste caso, os profissionais de saúde. Sem o seu envolvimento activo – recruta para aqui a leitura de Silva (2001: 52) sobre a *participação* em que o autor considera que a mesma pode representar "uma forma de adesão positiva dos membros de uma organização, quer aos objectivos desta, quer às estratégias e actividades para os alcançar ..." – o processo de mudança não produz o efeito desejado, podendo mesmo gerar um acréscimo de tensão no interior da organização.

Será, portanto desejável e necessário que os saberes que os diferentes profissionais detêm, como fonte própria de poder, possam integrar a nova cultura. Na perspectiva de Graça Carapinheiro (1993), e em relação aos actores, o conhecimento sobre os seus saberes e a sua forma de transmissão constitui, do ponto de vista sociológico, um instrumento importante para analisar a mudança. Para esta visão, interessa conhecer, para além do elenco de regras que configuram o terreno da acção colectiva, o tipo de relações que os actores estabelecem entre si no palco da mudança e inovação (Silva, 2004-II).

O facto de uma nova cultura cursar com a existente, ainda que a prazo, da cultura anterior, sugere que a interacção entre actores e organizações necessita de mediação eficaz, de modo a não aumentar a tendência natural para resistir à mudança. Inventar e aprender novas formas de relacionamento, são alguns dos

requisitos que Bernoux (s.d.) enuncia no sentido de ultrapassar contingências na mudança.

É aqui que a motivação e o interesse, entre outros aspectos, assumem importância crucial. O conhecimento de que as culturas profissionais não são convergentes para uma cultura organizacional homogénea (Silva, 1995), torna mais evidente a importância da estratégia que se pretenda adoptar com vista ao recrutamento de uma atitude de cooperação para a mudança, por parte dos actores que nela se encontram envolvidos. Ela depende, fundamentalmente, dos objectivos individuais – ou, na expressão de Jorge Vala et al (1995), as *variáveis individuais* explicativas da satisfação – mas, também, da oportunidade que os actores tenham para ver na atitude de cooperação um meio de alcançar os seus objectivos, na visão de Bilhim, 1996). Será, por isso, fundamental ter em conta a instabilidade em que os actores são colocados quando do confronto entre culturas (Neves, 2000) que uma mudança organizacional, de grande escala, precipita.

É fundamental compreender, como salienta Friedberg (1992), que o que está em causa para estudar são os *processos sociais* através dos quais se regulam as relações entre actores interdependentes, num dado campo de acção, e não as organizações em si. Para Friedberg (1995), neste campo de acção residem actores dotados de racionalidade, intencionalidade, capacidade de escolha e de adaptação. Como afirma Gaha Chiha (2003: 6)¹, "Face ao seu estatuto e às suas relações com os outros, cada um constrói uma lógica de acção própria e define uma estratégia adaptada."

Aos processos acima referidos estão subjacentes, na visão de Henri Amblard et al (1996: 196), várias *lógicas de acção* dos actores, ou seja "níveis de análise que convém explorar para compreender o funcionamento das organizações a partir de uma tal perspectiva." A sua proposta tem, entre outros, dois pressupostos fundamentais: a rejeição de pontes lineares entre teorias, escolas e paradigmas e o enriquecimento do perfil do actor (croizeriano) com dimensões históricas e culturais que, no seu entendimento, o raciocínio estratégico dispensou. Silva (2004-II) clarifica afirmando que aspectos como a cultura, os valores, as percepções e os conhecimentos subjazem ao próprio actor. Para Amblard et al (1996), o actor define-se pela sua acção e não apenas pela facto de existir. Esta acção a que os

¹ "Face à son statut et ses propres rapports avec les autres, chacun construit une logiques d'action proper et définit une stratégie adaptée."

autores se referem está, seguramente, condicionada pelos aspectos que anteriormente mencionei.

Do ponto de vista epistemológico, o interesse fundamental nesta proposta reside no facto de Amblard et al (1996) pretenderem ultrapassar a questão de, na sua visão, as teses recentes não fazerem referência aos clássicos e as teses clássicas não fazerem referência aos concorrentes. A sua síntese emerge da concorrência entre dois conceitos fundamentais: o de *lógica de acção* que, na visão weberiana que os autores recrutam, resulta da recomposição das diferentes lógicas – tradição, afectos, valores, fins – e o de *lógica do actor* que na visão culturalista de Renaud Sainsaulieu, a cujo contributo igualmente recorrem, resulta da articulação entre normas de relação, valores de acção e orientações ideológicas.

As várias lógicas decorrem, assim, de uma leitura baseada na recomposição do *puzzle teórico*. Em sentido análogo, Strati (2000) refere-se ao “pluralismo paradigmático” não com o objectivo de construir um mapa teórico perfeito mas antes com o propósito de enfatizar a necessidade de abertura a diversos contributos, isto é, diferentes interpretações da vida organizacional. Deste modo se pode entender que a multiplicidade de olhares permita a compreensão de que as lógicas de acção resultam da leitura das lógicas que os actores assumem no contexto da sua acção: a visão amblardiana traduzida pela equação *actor + situação de acção = lógicas de acção*.

Esta visão permite ultrapassar a dialéctica (algo redutora) entre conflito e cooperação e partir para uma abordagem mais abrangente e multidimensional do actor, isto é, para além do comportamento estratégico. É neste sentido que procuro situar o enfoque do presente estudo. Como sustentam Amblard et al (1996), porque a lógica, em sociologia, tem como finalidade identificar a ligação entre a intenção e a acção, a sociologia permite a reconstrução de uma ou várias lógicas.

No contexto organizacional e num alinhamento com a visão culturalista (que não exclui a dimensão estratégica na acção dos actores) de que Sainsaulieu é expoente significativo, Domingos Braga (2000: 194) afirma que o aspecto fulcral na actualidade “diz respeito à criação de formas de integração colectivas que, sem procurar anular as diferentes formas de autonomia dos actores e dos seus projectos, permitam uma maior responsabilização face ao futuro da empresa...”.

Para que esta integração decorra de forma a permitir o aproveitamento da capacidade de inovação que encerra, torna-se necessário que, de acordo com François Aballea (2003), se reconheça a diversidade de lógicas subjacentes à acção dos actores: afectivas, simbólicas e económicas.

2.4 REGULAÇÃO – INTERESSES E CONTINGÊNCIAS

O conceito de regulação define-se, de acordo com Silva (2001: 211), como “um conjunto de mecanismos de ajustamento presente no sistema social de uma organização, objectivado, por um lado, à manutenção do seu equilíbrio interno, e por outro lado, à adaptação e/ou mesmo à antecipação às mudanças do meio envolvente.”

Como questão prévia, coloca-se a de saber qual o elemento estruturante destes mecanismos de ajustamento. É Jean Reynaud (1997) quem o esclarece ao sustentar que a regulação constitui, ela própria, um actor colectivo ligado ao conceito de identidade colectiva¹. No alinhamento deste pressuposto, torna-se necessária uma breve exploração sobre algumas das dimensões da acção deste actor colectivo. Como diz o autor (1997: 84) “O funcionamento de uma organização pressupõe a existência de uma comunidade com as suas normas próprias.” Esta auto-produção de regras não colide com a descrição que Friedberg (1995) faz do actor: um produtor de regras.

Os mecanismos de articulação no interior das organizações (a que Silva, 2001, se refere), estão claramente (mas não só) dependentes das estratégias de poder que estas adoptam para o seu sistema (Stewart Clegg, 1998-I), ou seja, a forma de *regulação de controlo*, na expressão de Reynaud (1997). Para este autor, a regulação de controlo (que, na sua visão, ultrapassa largamente o espaço da regulamentação) exprime-se pelo poder de controlar as autonomias dos grupos de actores e o seu grau de liberdade: “O que a define, é somente a sua orientação estratégica: exercer peso a partir do exterior sobre a regulação de um grupo social”².

¹ Questiono-me, neste momento, sobre se a não convergência para uma cultura homogénea entre profissionais de saúde (Silva, 1995), ao inviabilizar uma identidade colectiva, não será uma das mais significativas fontes de dificuldade de regulação organizacional na área da saúde.

² “Ce qui la définit, c’est seulement son orientation stratégique: peser de l’extérieur sur la régulation d’un groupe social.”

Contudo, não são seguramente estas estratégias, a fonte única de regulação no interior de uma organização. A *regulação autónoma* – traduzida pelo recurso persistente à deontologia e aos códigos de ética profissionais como forma de resistência ao controlo organizacional – configura-se também (na medida em que integra o universo das relações de poder), como fonte concorrente no sistema de regulação¹.

A razão fundamental que suporta este jogo de poderes reside, como se conclui da tese de Reynaud (1988: 9), na única diferença entre os dois tipos de regulação: “A regulação dos subordinados não difere da da direcção porque se refere a um objecto diferente, mas porque tenta afirmar uma autonomia.”²

Por outro lado, assumindo que as organizações de saúde sejam, como na expressão de Strati (2000), “organizações sem paredes”, um outro desafio se coloca em termos do estudo da regulação organizacional: perceber até que ponto esta visão da realidade organizacional pode interferir, com substância, na percepção da interacção entre actores, organização e meio envolvente – e, em consequência, nos mecanismos de regulação – nomeadamente no que diz respeito à disputa da legitimação do poder de representação dos interesses dos cidadãos: entre a legitimidade formal do eixo Ministério da Saúde/Organizações de Saúde e a legitimidade emergente do eixo Profissionais de Saúde/Comunidade de Cidadãos – que os segundos procuram construir, reconhecendo o significado da expressão *cidadãos, somos todos nós*. Esta disputa de poder pode, assim, ser vista como um elemento mais na racionalidade que modela o funcionamento destas organizações.

Na linha de pensamento anterior pode entender-se, então, a visão compreensiva do fenómeno da regulação, com base na análise estratégica, de Reynaud (1988: 5): “De um modo geral, a regulação numa organização tem portanto duas formas concorrentes e é, em cada momento, o resultado de um compromisso.” Este compromisso, no seu entendimento, faz-se entre a *autonomia* e o *controlo*, daí resultando o que designa por “regulação real”. Acrescenta que nesta relação de poder, o factor que assume maior importância é o conhecimento das regras do jogo. Este conhecimento pressupõe uma atitude de transparência que, não sendo

¹ Parece, assim, de admitir que a dimensão ética possa ser um dos aspectos importantes no processo de reconstrução do puzzle pluriparadigmático a que Strati (2000) faz referência, no que diz respeito ao domínio da regulação organizacional.

² “La régulation des subordonnés ne se trouve pas être différente de celle de la direction parce qu’elle a un objet différent, mais parce qu’elle essaie d’affirmer une autonomie.”

tradicionalmente a principal característica distintiva das organizações de saúde, determina uma maior complexidade no domínio da regulação organizacional.

Importa, naturalmente, conhecer os processos sociais subjacentes ao sistema de regulação. Como afirma Reynaud (1977: 97), “Na medida em que existe uma regulação comum, ela é o produto de todos estes processos sociais, e não o resultado natural da coerência de uma consciência colectiva transcendente.”¹

Descodificar o sistema de regulação numa organização de saúde (tal como para outras organizações) significa, seguramente, deter uma ferramenta fundamental para que essa mesma organização possa atingir os seus desígnios, neste caso o da *qualidade*: é a partir do conhecimento resultante que se pode, numa perspectiva de maior objectividade e consequência, partir para a concepção e implementação de estratégias adequadas à construção da *qualidade organizacional*.

2.5 SAÚDE EM MUDANÇA: A QUALIDADE EM FOCO

Para Norbert Alter (1996), a mudança não é durável, devendo ser tida como permanente. Assim, e porque as empresas/organizações e os seus produtos ou serviços se desenvolvem num contexto social, vasto, estão expostos às perturbações que a mudança permanente produz. Contudo, a mudança comporta, também, uma oportunidade de aprendizagem que Croizier e Friedberg (1977: 303) salientam ao afirmar que “uma crise se compreende melhor quando se consegue delimitar os sistemas que ela afecta e compreender como estes sistemas eram, até ao presente, regulados.”²

Do ponto de vista macro, são três os principais marcos que caracterizam, na actualidade, a evolução do sistema de saúde português: a emergência da democracia em 1974 e a subsequente massificação do acesso aos cuidados de saúde, a entrada para a CEE (Comunidade Económica Europeia) em 1986 com o acesso a fundos financeiros e a adesão à União Monetária Europeia em 2000 com a introdução de mecanismos de controlo externo sobre a política orçamental interna. A partir destes momentos de transformação social, o OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) elenca, no seu Relatório de Primavera 2003, quatro ciclos de evolução, a saber: 1970/1985 com a criação dos centros de saúde de 1.^a

¹ “Dans la mesure où existe une régulation commune, elle est le produit de tous ces process sociaux, et non pas le résultat tout naturel de la cohérence d’une conscience collective transcendante.”

² “Une crise elle-même se comprend mieux quand on a réussi à délimiter les systèmes qu’elle affecte et à comprendre commente cês systèmes s’étaient jusqu’à presente régulés.”



geração em 1971 e a criação do SNS (Serviço Nacional de Saúde) em 1979; 1985/1995 com a Lei de Bases da Saúde em 1990; 1996/2002 com a reforma do SNS e a criação dos centros de saúde de 3.ª geração; a partir de 2002, altura em que são criadas as novas figuras jurídicas e definidos novos sistemas de financiamento para os hospitais.

No momento actual destaca-se o PNS 2004-2010 (Plano Nacional de Saúde) em cuja introdução se refere ser este um "guia para a acção e da mudança". Para Chiha (2003), a mudança é uma construção voluntarista e inter subjectiva pelo que a caracteriza como um processo ao qual subjaz uma intenção de agir, no sentido de tornar diferente o que não é percebido como satisfatório. Neste sentido, se a percepção de que o status não é satisfatório e de que a mudança é imprescindível parece ser comum ao universo de actores intervenientes, talvez o grande desafio se possa traduzir pela definição que Crozier e Friedberg (1977: 330) fazem do problema sociológico que a mudança configura: trata-se de "compreender como e em que condições uma crise pode estar na origem de mecanismos de inovação e não de mecanismos de regressão".

A intenção de mudança, dado que esta não é nunca um processo linear, apela à capacidade de inovação no que concerne ao papel dos actores interessados. Alter (1996: 6), referindo-se à diferença entre mudança e inovação, afirma que "a mudança interessa-se mais pelos «efeitos» de uma transformação sobre a natureza das relações" enquanto que "a inovação visa mais propriamente a análise do processo que presidiu à implementação dessa mesma transformação e integra-a numa perspectiva pelo menos parcialmente económica"¹.

Seguramente que os ciclos económicos, à escala global, condicionam a dinâmica interna interferindo, assim, nas opções políticas em matéria social. É, também, consensual que na saúde (como em qualquer área de intervenção social) os recursos não são ilimitados, sendo escassos em função das diversas opções a tomar. Contudo, defende Caldeira Silva (1993-II: 4), são necessárias "novas propostas e novas soluções, não para dar resposta a uma razão predominantemente financeira, mas a razões humanistas e sociais" às quais João Mezomo (2001) acrescenta a questão ética: "o respeito devido à pessoa humana e a defesa dos seus direitos." Sandrine Azencot (1995: 30) vai mais longe e, num contexto de discussão sobre qualidade e mudança, afirma que sendo "incontornável para

¹ "Le changement s'intéresse plutôt aux «effets» d'une transformation sur la nature des relations (...) L'innovation vise plutôt l'analyse du processus ayant présidé à la mise en oeuvre de la même transformation et l'intègre dans une perspective au moins partiellement économique."

prevenir os riscos, a Garantia da Qualidade constitui fraco auxílio para limitar as despesas de saúde”. Desombre e Eccles (1998: 25) clarificam: “A medição da qualidade do serviço é vista como uma de cinco medidas de desempenho não financeiras para as organizações de serviços e pode ser facilmente adaptada...”¹

Um outro aspecto decisivo para a mudança reside na necessidade/capacidade de envolvimento dos actores. Este envolvimento, quando subjacente a uma lógica de inovação emerge, de acordo com Alter (1996), a partir de acções individuais baseadas no interesse e desenvolvidas no seio de uma dinâmica colectiva. Se, no domínio dos cidadãos, a mudança parece estar consagrada – a expressão ‘sistema centrado no cidadão’ faz parte da linguagem utilizada nos documentos oficiais, desde o documento Saúde em Portugal. Estratégia de Saúde para o Virar do século, 1998-2002, de 1996 – o mesmo parece não estar ainda conseguido no que concerne ao empenhamento dos profissionais de saúde. Esta situação parece decorrer do facto de a sua participação nos processos de mudança ainda não ser uma realidade consistente provavelmente porque, como refere Alter (1996: 19) a análise organizacional “tem permanecido muito tempo centrada sobre a análise dos fenómenos de resistência à mudança e sobre a análise da burocracia.” Uma visão deste teor atribui aos profissionais de saúde um estatuto de obstáculo em vez de um estatuto de recurso indispensável para a mudança.

O OPSS, no Relatório de Primavera 2004, refere que “a motivação e a mobilização dos actores sociais de saúde, é garante do sucesso da mudança” comentando, no seguimento da sua análise, que a actual de gestão da mudança (2002-2004) tende para um modelo que apresenta como desvantagem crítica o facto de que “diminui fortemente a base de apoio entre os actores habituais do sistema de saúde. Provoca conflitualidade, desânimo e grande desconfiança”. Acrescenta-se ainda, neste relatório, que a desvalorização quer das culturas dos profissionais de saúde quer do sentido de missão de serviço público “pode acentuar ainda mais, as indicações persistentes de clima de mal-estar nas profissões de saúde”.

É também de admitir que, eventualmente (entre outros), um melhor esforço de articulação entre a inovação do produto (neste caso o nível técnico-científico dos cuidados de saúde prestados) e a inovação do processo (o da organização da produção desses mesmos cuidados), contribuiria para o sucesso do que Adão

¹ “Measurement of service quality is seen as one of five non-financial performance measures for service organisations, and can be easily adapted...”

Carvalho (2004) refere como "inovações organizacionais", no sentido de traduzir alguns dos resultados das mudanças nos métodos de gestão.

A problemática da qualidade em saúde não é uma marca da actualidade. Os próprios conceitos e dimensões associadas têm variado ao longo do tempo. Para Hannu Vuori (1999: 61), as primeiras evidências de preocupação com a qualidade dos cuidados remontam ao Código de Hammurabi (a expressão conhecida é a de 'olho por olho, dente por dente') atribuindo a Sócrates o fundamento intelectual da garantia da qualidade – "é preciso estar disposto a examinar os resultados do seu trabalho" – e a Hipócrates, como pai da medicina, a preocupação com os princípios – "primeiro, não causar dano".

A referência seguinte, ainda de acordo com Vuori (1999), surge apenas no final do século XIX com Florence Nightingale a "sugerir que deviam ser obtidas estatísticas sistemáticas sobre os resultados dos cuidados para verificar o que resultou e o que não resultou", a que se seguem o estudo sobre a qualidade das escolas médicas americanas de Abraham Flexner (o precursor da medicina moderna) e o estudo de seguimento dos seus doentes, após um ano, de William Codman.

A etapa seguinte surge no meio industrial, nos anos cinquenta, relacionada com o controlo de qualidade. A exportação do conceito para a área da saúde dá-se alguns anos mais tarde e Mezomo (2001) define como marcos históricos da qualidade nos serviços de saúde e palavras-chave associadas, as seguintes: anos sessenta - controlo; anos setenta - avaliação; anos oitenta - garantia; anos noventa - melhoria; actualidade - desenvolvimento.

É no contexto deste último, o da actualidade, que emerge o principal desafio ao desenvolvimento: a conciliação entre o desígnio da qualidade e a disponibilidade de recursos (afectáveis). Este desafio realça a necessidade da visão sociológica quer para reconhecer as lógicas que são accionadas no palco da mudança, quer para facilitar a construção de uma racionalidade que permita a referida conciliação.

2.6 QUALIDADE – MUDANÇA DE PARADIGMA?

O sucesso da qualidade como alavanca da mudança na área da saúde depende, como defende Michel Setbon (2000), de dois factores: um, ao nível operacional – o domínio das definições – e outro ao nível da participação – o grau de adesão dos profissionais de saúde. No quadro em que estes dois factores residem ocorrem, também, o efeito da pressão de cidadãos mais exigentes e a necessidade de

renovação dos quadros de referência ética face aos novos dilemas que se vão colocando aos profissionais.

Neste alinhamento, a questão que o autor também coloca é a de saber até que ponto uma actividade técnica que se desenvolve entre os interesses corporativos e o interesse público, pode configurar uma nova forma de acção colectiva. A resposta não é linear. Para que tal possa ser assumido como verdadeiro, torna-se necessário aceitar o pressuposto, enunciado pelo autor, de que 'cuidado' é um acto individual enquanto que 'cuidado de qualidade' é um produto colectivo.

A lógica subjacente a esta nova forma de acção colectiva carece de clarificação. A prestação de um cuidado de saúde pode consistir, no limite, em apenas um acto de um profissional de saúde: a vacinação, em sentido estrito, pode traduzir-se pela administração por um profissional qualificado – um enfermeiro – de uma vacina referenciada no Plano Nacional de Vacinação, nas condições e momento adequados. A prestação de um cuidado de qualidade, depende de mais do que do acto em si: vacinar com qualidade depende de uma boa prática (cuja definição surge por consenso entre pares), de condições adequadas à execução dessa boa prática (cuja responsabilidade primeira se materializa junto dos responsáveis pela unidade de saúde em que o profissional exerce), da avaliação dos seus efeitos junto dos cidadãos (com o concurso de disciplinas diversas como a bioestatística e a epidemiologia) e da integração dos resultados obtidos no sentido de corrigir, em tempo útil, os desvios ou erros identificados (no domínio da gestão e da regulação).

Acresce que a deslocação, no tempo actual, do centro do sistema de saúde dos profissionais para o cidadão em geral, promoveu, entre outros aspectos, o que Stebon (2000) define como um reencontro com a dimensão sócio-política após o primado da ciência e da técnica. Como afirma o autor (2000: 3) "Se os debates sobre os meios capazes de tornar a Qualidade em Saúde permanecem, mais frequentemente, técnicos (...) esta torna-se, por múltiplas vias, o objecto de coprodução no qual participam os poderes públicos e, mais raramente, os consumidores de cuidados."¹

É, portanto, na encruzilhada entre os interesses de corporações, cidadãos em geral e instâncias reguladoras (na qualidade de representantes do interesse público) que emerge um novo cenário de interacção entre estes actores, face ao desafio da

¹ "Si les débats sur les moyens capables de rendre la QS opérationnelle restent le plus souvent techniques (...) celle-ci devient, par de multiple voies, l'objet de coproduction à laquelle participent les pouvoirs publics et, plus rarement, les consommateurs de soins."

qualidade e no qual se confrontam lógicas diversas, por vezes divergentes. Um espaço de confronto é, também, (na visão croizeriana) um espaço de negociação pelo que a que aí ocorre no sentido de estabilizar a relação de forças entre os poderes representados, configura uma clara evidência de acção colectiva: trata-se da introdução no domínio da acção profissional – de cariz individual – de uma lógica de resposta ao interesse público – de cariz colectivo.

3. ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

3.1 O HOSPITAL PÚBLICO

3.1.1 UM LOCUS COM MOVIMENTO

Da história da instituição hospitalar portuguesa e num contexto que a situa no panorama europeu, ressalta como marco fundamental a criação no final do século XV do então chamado "Real Hospital de Todos os Santos" que, mais tarde daria origem ao Hospital de S. José, em Lisboa (Vasco Reis, 2003). Não obstante e segundo o autor, é apenas no século XX que o hospital passa da dimensão social de apoio a indivíduos desfavorecidos para a dimensão sanitária de assistência aos cidadãos necessitados de cuidados de saúde.

Sobre a forma que se afigura como mais representativa, sobretudo no que concerne ao contexto europeu – a do hospital público – e que ainda hoje alimenta discursos diversos, por vezes opostos, tem recaído o epíteto de crise continuada. A razão major deste estado de crise é persistentemente atribuída ao estatuto do hospital. Ainda de acordo com Reis (2003), a evolução da missão hospitalar tem cursado com um ambiente de escassez de recursos e de alguma insatisfação por parte de utentes e profissionais.

A *reforma* surge, assim, como a receita ideal para combater a crise hospitalar. A discussão sobre as reformas situa-se em dois planos fundamentais: no plano interno (dimensão micro) o enfoque é colocado na função de gestão enquanto que no plano externo (dimensão macro) o foco situa-se na questão do financiamento. Qualquer destes dois planos carece de enquadramento pelo que a questão do estatuto jurídico assume importância crucial. A este propósito Reis (2003) afirma que, não sendo este (o estatuto) a causa única da inadequação dos hospitais públicos, "a sua alteração (...) é, com forte probabilidade, uma condição necessária para que o hospital público português possa enfrentar os desafios internos e externos com que se confronta."

Da produção legislativa elencada pelo autor, ressaltam alguns marcos fundamentais: na legislação de 1965 (DL 46301) são consagradas a 'personalidade jurídica e a autonomia administrativa'; em 1968 (DL 48357) é criada a carreira de 'administração hospitalar' e feita a referência (que não deixa de ser curiosa para a época) à necessidade de adopção de um modelo cujos critérios permitem reconhecer o que na actualidade se designa por 'gestão empresarial' e

'contractualização'¹; em 1977 (DL 129/77) é reconhecido o estatuto de 'pessoa colectiva de direito público com autonomia administrativa e financeira'; finalmente, em 1997, é reconhecida por um grupo de trabalho constituído para o efeito, a desadequação entre o quadro normativo e o desempenho esperado para estas unidades de saúde.

Após um período experimental que envolveu o Hospital de Santa Maria da Feira, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio, ficou definido – de acordo com a referência do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2003 - um primeiro quadro de opções que, no domínio público, estabelecia três formatos: hospital público com personalidade jurídica e autonomia, o anterior mas com natureza empresarial e a sociedade anónima de capitais públicos (SA). Em 1999 (DL 558/99) foi criado o modelo de 'Entidade Pública Empresarial' (EPE) e em 2002 (DL 185/2002) surge outra novidade, a das designadas Parcerias Público-Privadas (PPP). Do programa do Governo à altura constava a intenção de transformar 34 hospitais públicos em 31 hospitais SA, a constituição de PPP com 10 hospitais e a modernização do remanescente de unidades do sector público administrativo (SPA).

No que concerne a este impulso de reformas, centradas sobretudo nos modelos de gestão, as críticas fundamentais apresentadas pelo OPSS no Relatório de Primavera 2003 fundavam-se "no elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança." Se à mudança, de acordo com Alter (1996), subjaz uma lógica de transformação da natureza das relações então a instrumentação de apoio à mudança deverá certamente comportar, entre outros, um plano de envolvimento de todos os actores, nomeadamente no que concerne aos protagonistas dessa mesma mudança como refere Chiha (2003).

As questões centrais persistem: escassez de recursos, alguma insatisfação por parte de profissionais e utentes e défice de eficiência (sobretudo ao nível económico). Nunes (2005: 39) clarifica a dimensão financeira da incapacidade de

¹ A questão da contractualização pode ver-se relacionada com o descrito na alínea d) do ponto 3 do preâmbulo do referido decreto, a propósito da natureza e fins das instituições de assistência particular com actividade hospitalar, em relação às quais se preconiza a manutenção sob "a concessão dos indispensáveis auxílios financeiros"; a questão da gestão empresarial parece reconhecível no conteúdo do ponto 6 do mesmo diploma em que se determina "a aplicação de métodos de gestão económica" e se "estipula claramente a responsabilidade de todos os serviços, quer médicos quer administrativos, bem como dos vários órgãos de administração e direcção técnica na realização dos objectivos e nos resultados finais...".

resposta do sistema: "de acordo com o relatório de 2003 do Tribunal de Contas, o desperdício de recursos financeiros no Sistema Nacional de Saúde¹ atinge, pelo menos, 25% do montante afectado à saúde". Quando se fala de desperdício, pressupõe-se a possibilidade de fazer melhor com os mesmos recursos. Como diz Reis (2003), o processo de reconfiguração do hospital público português "deverá permitir não só a sua renovação, como também uma avaliação de resultados que garanta ainda a manutenção e valorização da missão de acolhimento e solidariedade que o caracteriza desde há séculos."

No seu relatório de 2004 o OPSS vai um pouco mais longe: "Teria sido preferível que a reforma tivesse adoptado um processo de aplicação gradual e experimental, sustentado num debate amplo, em fórum público, onde fosse possível criar um consenso mínimo na sociedade civil e política."

Na realidade e como salienta Carapinheiro (1998), a posição relativa do hospital no espaço global da prestação de cuidados de saúde é tributária da importância que, em cada momento, vai sendo atribuída ao sistema de saúde na sociedade em geral. O reflexo dessa importância é traduzido, entre outros aspectos, pela produção legislativa e é precisamente aqui que se pode (des)construir o mito do recurso normativo como cura para o mal maior: de acordo com a autora (1998:19) e, numa imagem que reconheço ao longo do meu trajecto profissional, "na administração pública portuguesa sempre se sobrevalorizaram os instrumentos legislativos como estratégia de mudança. Elabora-se a lei e espera-se que a realidade se lhe adequue." Se outra razão não existisse, esta postura seria suficiente para justificar a persistência dos principais problemas: o desconhecimento sociológico do terreno sobre o qual se pretende operar a mudança.

3.1.2 REGULAÇÃO: QUE PARADIGMA?

Vítor Ramos (2003) sintetizou o clima que justifica a necessidade de regulação na saúde: "falhas de mercado e falhas de Estado"². Como refere neste artigo, o autor

¹ Sistema Nacional de Saúde é a designação que se atribui ao conjunto de organizações prestadoras de cuidados de saúde e que integra a vertente pública (Serviço Nacional de Saúde – SNS), a privada (exercício liberal individual – profissionais liberais isoladamente – ou colectivo – clínicas/hospitais privados) e a social (Misericórdias e outras Instituições privadas de Solidariedade Social – IPSS).

² A ideologia de que o «mercado resolve tudo» levou, provavelmente, ao entendimento de que o sucesso na reforma da saúde dependeria da «qualidade das técnicas de gestão», pelo que o acto de decretar novos modelos de gestão resolveria os principais problemas. Friedberg (1995) diz que o mercado (como entidade global) é um axioma dos economistas. Na área da saúde, parece-me de admitir que o cerne da questão não resida no foro psicológico. Carece, seguramente, de uma maior capacidade e vontade de reconhecer a dimensão sociológica dos fenómenos que ocorrem no seio do Sistema Nacional de Saúde.

aponta uma dupla falha do Estado enquanto responsável primeiro pelos recursos em saúde: por um lado, a incapacidade de alcançar a eficiência do ponto de vista económico e, por outro, a incapacidade de alcançar do ponto de vista de resultados em termos de saúde.

Para Nunes (2005: 13), que também partilha da visão anterior, "a regulação tornou-se um instrumento essencial não apenas para garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, sobretudo, para salvaguardar o direito inalienável de todos os cidadãos a um sistema de saúde justo, solidário e equitativo.", isto é, detém um importante valor instrumental no que concerne à promoção da justiça social.

No que à regulação interessa, face a unidades de saúde com diferentes estatutos jurídicos tornou-se, assim, necessária a criação de uma entidade reguladora a quem compete, entre outros aspectos, a garantia de qualidade dos cuidados de saúde quer no que diz respeito ao seu acesso quer no que concerne à sua prestação, conforme estipulado no Dec.-Lei da sua publicação em Outubro de 2003: no n.º 1 do artigo 6.º, Atribuições "As atribuições da ERS compreendem a regulação e a supervisão dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita (...) ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade..." e no n.º 1 do artigo 25.º, Objectivos da regulação, "São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral: a) assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde; b) garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde;"

Na actualidade, a visão da regulação, do ponto de vista conceptual, envolve outros actores. A problemática da participação assume especial relevo neste domínio. Para que a entidade reguladora concretize a intenção de influenciar a mudança, é necessário que os cidadãos participem activamente contribuindo para a definição das expectativas relativas ao sistema de saúde e que os profissionais de saúde assumam igual postura no sentido de contribuir para a definição dos critérios técnico-científicos aceitáveis, como defende o presidente da ERS (Nunes, 2005).

A partir da valorização destes contributos, pode caminhar-se, então, no sentido de uma regulação efectiva divergindo, assim, da percepção de influência coerciva que ainda persiste e que Flood e Fennell (1995: 154) comentam deste modo: "No sector dos cuidados de saúde, o impacte de novos programas regulatórios macro

podem ser entendidos como um exemplo de poder coercivo (pressões para alinhar com as directrizes ou políticas de outras organizações, particularmente agências governamentais...”.¹ Uma vez mais se afigura como necessária uma visão abrangente que possa equilibrar o grau de tensão gerado pelo que Carapinheiro (1998) designa por “confrontação entre os padrões burocráticos e padrões profissionais.”

3.2 O DESÍGNIO DA QUALIDADE

3.2.1 QUALIDADE EM SAÚDE - O ESTADO DA ARTE

No início, a qualidade era traduzida “pelo grau de aplicação, na prestação dos cuidados, dos conhecimentos técnicos actualizados, fundados cientificamente” (Menezes Correia, 1994), numa abordagem claramente centrada no processo. Da mesma opinião, Katz e Green (1997: 8) acrescentam que “tal como a definição de qualidade nos negócios evoluiu, também à definição de qualidade nos cuidados de saúde o mesmo sucedeu”. Citado na generalidade da literatura sobre qualidade em saúde – Keith Hurst (1992), Cipriano Justo (1993), Katz e Green (1997), Vuori (1999), Mezomo (2001), entre outros – Avedis Donabedian (1982: 6) é, considerado o responsável pela abordagem mais alargada sobre a qualidade em saúde, delimitando três níveis de avaliação: “os critérios pertencerão à estrutura, processo ou aos resultados ou a uma mistura destes”. Vuori (1999: 64) explica que a racionalidade desta abordagem reside no facto de se considerar que “uma boa estrutura otimiza a possibilidade de bons cuidados; um bom processo otimiza a possibilidade de bons resultados; e bons resultados é do que se trata em matéria de cuidados”. Justo (1993: 64) diz que “consoante os pontos de vista – utilizadores, prestadores e administradores – assim o conceito de qualidade sofre interpretações diferentes e os seus atributos são valorados de diferente maneira”.

Na opinião de Correia (1994), o trajecto essencial vai do controlo da qualidade à qualidade total, passando pela garantia da qualidade. Isabel Oliveira (1998) sintetiza: “a filosofia subjacente à Qualidade Total, como forma de gestão, é consensual e estabelece que existe uma interdependência entre as satisfações dos Clientes, dos Colaboradores, dos Accionistas e da Sociedade...”.

Em idêntico sentido, Mezomo (2001: 73) define qualidade como “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma

¹ “Within the health care sector, the impact of major new regulatory programs can be understood as an example of coercive power (pressures to comply with the dictates or policies of other organizations, particularly government agencies...”

organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”. Para José Biscaia (2001) a qualidade na saúde, além de ser um imperativo ético constitui uma forma de afirmação de cidadania. Como síntese, parece de considerar a proposta de Mezomo (2001: 74: “a verdadeira e eficaz definição de ‘qualidade’ é aquela que vem acompanhada dos valores e princípios que a organização se compromete respeitar...”.

De Donabedian (1982) até à actualidade, pouco tem variado o elenco das dimensões consideradas críticas para a qualidade de um serviço de saúde. A partir da leitura de Donabedian (1982), Katz e Green (1997) e Mezomo (2001) ou Correia (1994), Emílio Imperatori (1998), Biscaia (2001) e Luís Pisco (2001), chegamos a um conjunto de dimensões que evidencia alguma solidez. Este mesmo conjunto – que pode traduzir a valoração social global dos aspectos da qualidade, ultrapassando (sem contudo a subvalorizar) a distribuição de dimensões preponderantes, que resulta da análise de Justo (1993): satisfação, acessibilidade e competência técnica para os utilizadores; competência técnica e efectividade para os prestadores; eficiência para os administradores – integra dimensões como a acessibilidade, efectividade, eficiência eficácia competência profissional e satisfação¹. Pisco (2001: 43) refere, na actualidade, o elenco para a Qualidade em Saúde apresentado pela região Europeia da OMS (Organização Mundial de Saúde): “um elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e os resultados obtidos, ou seja, os ganhos em saúde”.

Na opinião de Carlos Castro (2001: 6), “numa Gestão pela Qualidade, os resultados que se pretendem para os serviços de saúde passam, para além dos ganhos em saúde, pela maior satisfação dos cidadãos e dos profissionais da área” o que, desde logo sugere, num terreno de normal conflito de interesses, uma necessidade de clarificação quer desses interesses quer dos valores postos em jogo. Para essa mesma clarificação contribui o corpo de razões que Imperatori (1998) enuncia como justificativas para a qualidade dos serviços de saúde: razões sociais (exigências e expectativas dos cidadãos), razões éticas (imperativo do exercício),

¹ Os conceitos de efectividade, eficiência e eficácia estão interligados: a efectividade refere-se aos objectivos a atingir, a eficiência tem a ver com a relação entre o custo e o benefício das acções empreendidas para alcançar esses mesmos objectivos e a eficácia entende-se como a resultante da conjugação das anteriores (Mezomo, 2001). Nunes e Rego (2002) caracterizam o sistema de saúde português como sendo “ineficaz porque não se atinge a totalidade dos objectivos propostos e, também, ineficiente porque não está garantida uma utilização adequada dos recursos disponíveis.”, numa leitura que sugere a eficácia como tendo duas dimensões – a dos objectivos e a da relação custo-benefício associada à prossecução desses objectivos – e a eficiência ligada à gestão dos recursos disponíveis.

razões profissionais (a qualidade prestigia o prestador) e razões económicas (escassez de recursos perante necessidades crescentes).

Pisco (1999: i) apresenta dois conceitos fundamentais para avaliar a qualidade: o primeiro tem a ver com o facto de "sermos capazes de responder às necessidades dos nossos clientes, sejam eles internos, os nossos colegas de trabalho, ou externos, os cidadãos que nos procuram" enquanto que o segundo "será de forma organizada e sistemática, a tentativa de fazer sempre bem à primeira...". Em sentido análogo e falando de qualidade, Biscaia (2001) afirma que o mesmo caracteriza-se por "ser um processo de melhoria contínua; corrigir os erros do sistema; reduzir a variabilidade indesejada; um quadro de participação e responsabilização colectiva".

A visão de que o cerne da problemática da qualidade se traduz pela evidência de continuidade da sua melhoria, implica a existência de mecanismos que, reconhecendo o valor da participação dos actores, permitam atestar os resultados dessa participação.

3.2.2 CERTIFICAÇÃO E ACREDITAÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde carece, de acordo com Castro (2001: 6), da "adopção de um processo estruturado de identificação e solução de problemas da qualidade, preferencialmente baseados em actividades internas, voluntárias, contínuas e sistemáticas". É este o fundamento da acreditação de serviços de saúde. Biscaia (2001) resume a diferença principal entre certificação e acreditação, dizendo que a certificação significa "o reconhecimento de conformidade de produto, serviço ou sistema com requisitos específicos" enquanto que a acreditação se refere "ao reconhecimento de competência de um organismo para realizar tarefas específicas"

A certificação é atribuída de acordo com o cumprimento de normas ISO (International Standards Organisation) das quais se salienta, transposta para o sistema português, a norma ISO 9000 (e as suas revisões) e 9001 para Serviços de Saúde¹. Como refere, também, o Comité Permanente dos Hospitais da União

¹ A série ISO 9000 integra, de acordo com o IPQ (2000), um conjunto de normas de certificação de Sistemas da Qualidade que são sujeitas a revisão periódica no sentido da sua actualização. Nesta série a principal actualização deu origem à simplificação de vários requisitos em diversas normas para uma só norma a ISO 9001.

Europeia (HOPE)¹ no relatório de Setembro de 2000 do Grupo de Trabalho em Cuidados de Qualidade em Hospitais, existe uma outra entidade responsável pela produção de normas de qualidade para a saúde, a Comissão Europeia de Normalização (CEN) que, produzindo normas semelhantes às ISO é menos exigente em termos de documentação. Também relacionado com a gestão dos processos, pode ler-se no mesmo relatório, é feita referência ao modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM). O organismo que superintende a certificação em Portugal é o Instituto Português da Qualidade (IPQ), no seio do qual foi criada em 1994 a Comissão Sectorial para a Saúde (CS/09).

A acreditação constitui uma das responsabilidades do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), criado em 1999, sendo, a partir dessa data, o organismo oficial responsável pela qualidade na área da saúde, de acordo com o estipulado no artigo 2.º do capítulo I do seu regulamento: "Incumbe ao IQS, no quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde."

No âmbito da sua actividade, o IQS concebeu e implementou: um programa de acreditação hospitalar segundo o modelo de origem britânica mas de utilização generalizada a nível europeu, o King's Fund Health Quality Service (KFHQS) e cujo protocolo data de 1999²; o MoniQuOr.CS que é um programa que integra um conjunto de critérios de qualidade organizacional destinado a ser utilizado pelos centros de saúde com o objectivo central de avaliar e melhorar os serviços prestados e cujo relançamento foi anunciado no n.º 9, Janeiro Março 2004 da revista do IQS, Qualidade em Saúde; o Qualigest que é um programa destinado à implementação e monitorização da gestão da qualidade baseado no modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM) e cuja primeira experiência decorreu em Dezembro de 1999 nos centros de saúde da Sub-região de Saúde de Aveiro.

¹ O HOPE é uma organização não governamental (ONG), com sede em Bruxelas, constituída no âmbito da União Europeia (EU) por associações hospitalares nacionais e por representantes dos sistemas de saúde nacionais dos 24 estados membros (de que Portugal é membro pleno) e ainda por três estados com estatuto de observador. O objectivo central é o da promoção da eficácia, eficiência e humanização dos cuidados de saúde.

² O Health Quality Service (HQS) consiste, como afirma o IQS, num programa de melhoria da qualidade desenhado para organizações de saúde e inclui as seguintes fases: *padrões, auto-avaliação, evolução do serviço, revisão por pares, relatório e acreditação.*

Acresce, a este elenco de programas, a produção de manuais de qualidade: o Manual de Normas de Orientação Clínica e o Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento dos Utentes, cuja terceira fase é também anunciada pelo IQS. Em 2002, o IQS integra o Health Care Quality Indicators Project (HCQIP) da Organização Europeia para a Cooperação e Desenvolvimento (OECD) cujo objectivo se traduzia pela construção de indicadores de qualidade no domínio dos cuidados médicos, a nível internacional. Em 2004, o IQS inicia a apresentação, aos hospitais, do Projecto International Quality Indicators Project (IQIP) resultante do desenvolvimento de um trabalho originário nos Estados Unidos da América com o objectivo de responder a dois problemas fundamentais – a prestação pública de contas – *accountability* – e a comparabilidade entre organizações no seu desempenho – *benchmarking* ¹.

A acreditação hospitalar, de um início com cinco hospitais piloto, contava já no final de 2004 com dez hospitais em diferentes fases – acreditação total ou acreditação provisória – a que acresce onze unidades em desenvolvimento de projecto de acreditação, num total de 21 unidades envolvidas, para um universo de 110 unidades hospitalares. Numa entrevista concedida à revista Qualidade em Saúde, (n.º 9 (Janeiro Março 2004), o então Secretário de estado da Saúde confirmou o lançamento, pelo IQS, do programa de acreditação hospitalar para hospitais SA (modelo Sociedade Anónima) da Joint Commission², sistema americano com representação em Portugal que, sendo uma instituição de nível semelhante ao do KFHQS compreende, como descreve o Grupo de Missão HSA, as seguintes fases: preparação inicial avaliação inicial, plano de melhoria, avaliação simulada, programa de melhoria e avaliação de acreditação.

A questão que, em termos de futuro e perante a diversidade de sistemas, se pode colocar é a de verificar – ultrapassada a 'fase de arranque' em direcção à institucionalização da qualidade como valor fundamental – a necessidade (ou não)

¹ Nunes e Rego (2002) afirmam, a propósito do conceito de 'accountability', que "Os cidadãos têm o direito de ser informados sobre quais os motivos que originaram o estabelecimento de prioridades e o racionamento no âmbito da saúde." Por 'benchmarking' entende-se, de acordo com McNair e Leibfried (1992), "o enfoque externo nas actividades, funções e operações internas em ordem a conseguir a melhoria contínua." Desta visão decorre, na opinião dos autores, a necessidade de implementação de um processo de avaliação do desempenho actual, da definição de metas a alcançar a que acrescentam a identificação do potencial de mudança (numa perspectiva de melhoria do que se observou num dado momento). O referencial, assim matriciado, permite uma comparação mais objectiva entre organizações.

² O programa de acreditação da Joint Commission International (JCI), sob a designação de Joint Commission Accreditation for Health Organisations (JCAHO), consiste no acompanhamento global do desempenho de organizações de saúde com base em normas de qualidade. É originário dos EUA (1951) e o início do seu processo em Portugal data de 2004, junto de um grupo de sete hospitais modelo SA, sob a iniciativa do Grupo de Missão Hospitais SA (HSA) criado em 2003 para intervir no processo de empresarialização hospitalar.

de uma metodologia de promoção da qualidade que contemple diversas abordagens em vez de diversas metodologias que tornem (eventualmente) mais difícil a comparação e subsequente elaboração de orientações transversais às diferentes organizações.¹

3.2.3 DA RETÓRICA AO CAMPO DE ACÇÃO

As dificuldades da implementação de qualquer sistema de qualidade em geral e na área dos serviços de saúde em particular, não constituem novidade até porque dificuldade é um conceito inerente a qualquer processo de mudança. Filipa Christo (1991) enuncia um conjunto de problemas que podem estar na origem da falta de qualidade, e que parecem, por isso mesmo, passíveis de responder pela dificuldade de implementação, no terreno, de sistemas de qualidade: "insuficiente definição da política e objectivos da qualidade; falta de informação, sobre este assunto, a todo o staff; inexistência ou incorrecta aplicação de procedimentos administrativos adequados; falta de comunicação entre os intervenientes; erros de comunicação com o cliente".

Mas será só no domínio dos procedimentos que se situam as dificuldades (sendo este um dos problemas base da administração pública em geral) ou será de considerar alguma resistência, por ventura exacerbada e de inspiração mais ou menos corporativa, por parte de alguns actores? Mezomo (2001: 105) chega mesmo a comentar que alguns actores "podem achar até um insulto querer melhorar a qualidade dos seus serviços, porque elas se consideram profissionais altamente qualificadas". Pisco (2001: 42) afirma, a este propósito, que "uma dificuldade adicional é que os profissionais de Saúde têm tendência para perceber a melhoria da Qualidade como uma actividade de gestão e como tal imposta...". Não obstante, o autor refere a fragmentação resultante da sucessão de novos conceitos novas estratégias e novas opções como elemento perturbador da equidade e da qualidade na prestação de serviços de saúde.

Dois pressupostos parecem-me, no entanto, fundamentais para garantir a qualidade. Um é referido por Roberto Nogueira (1994: 17), vindo no alinhamento da expressão anterior, quando afirma que "admite-se, ao contrário do que

¹ Um possível ponto de partida poderá ser a proposta, de Egli e Halfon (2003), de uma metodologia que envolve uma matriz de análise com trinta itens e que os autores demonstram ser compatível com diversos sistemas de qualidade (ISO 9001, Joint Commission, French Hospital Accreditation System, EFQM e TQM). Esta matriz evolui a partir de um elenco de «factores de qualidade» que compreende "Recursos Humanos, Outros Recursos, Actividades, Pacientes e Efeitos, conjugado com "Representações, Prioridades, Medição, Standards, Avaliação e Prestação de Contas".

herdamos da medicina flexneriana, que o preparo científico do corpo de profissionais e o atributo *high-tech* dos equipamentos usados não garantem *ipso facto* a Qualidade do acto". O outro pressuposto resulta da expressão de Christo (1998: 5) quando no seguimento da sua afirmação de que "a política da qualidade é um comprometimento com a qualidade" acrescenta que "a cabeça no cepo, que se agiganta acima de tudo e de todos na organização, é o indicador mais fiel da fiabilidade dessa política". Acrescenta a autora que "qualidade não são só – apesar de também o serem – metodologias, programas, melhorias, normas, sistemas, certificados, acreditações e comissões".

Na verdade, se ninguém é contra a qualidade, porque razão tarda a adesão voluntária e generalizada das unidades de saúde? Volta, por ventura, a justificar-se a referência à problemática da participação: dos resultados obtidos na Avaliação do Impacte da Acreditação nos profissionais de Saúde efectuada pelo IQS e divulgados na edição de Setembro de 2004, saliento que "Relativamente à avaliação da participação dos respondentes no processo de acreditação" verificou-se que, dos 12 hospitais estudados, em 8 deles a resposta com maior percentagem foi "nenhuma participação" ou "pequena participação". Talvez valha a pena recrutar o pensamento de Bernoux (s.d.: 198): "A mudança não pode com efeito reduzir-se a uma decisão hierárquica. Deve ser acompanhada dum aprendizagem de novos modos de relações. A mudança não se decreta". Seguramente que a aprendizagem a que Bernoux se refere implica uma dimensão significativa de envolvimento activo de todos os actores.

A necessidade de recrutar a participação desses mesmos actores não suscita, na actualidade, dúvidas significativas. Não obstante, como refere Ilona Kovács (1998: 130), apesar do consenso "a participação de facto pode não aumentar (...) pode resultar numa mera participação formal..." Para que a participação não se resuma a uma mera formalidade, é necessário que, desde logo, quer no que diz respeito à razão da mudança quer no que se refere ao domínio da decisão, a negociação dos termos da participação seja clara. Na visão de Silva (2004-I: 25), para concretizar a participação "é preciso envolver os trabalhadores no processo de tomada de decisão, fazendo com que eles apresentem um conhecimento crítico acerca das tarefas que desempenham." É esta atitude crítica que permite envolver os actores na concepção de soluções para os problemas que vão sendo detectados. Para o autor, (2004-I: 44) "Isto implica evidentemente que os trabalhadores tornem suas as finalidades que a organização pretende atingir."

Em sentido análogo, Marie-Pascalie Pomey et al (2004) concluíram, no seu estudo sobre o valor instrumental da acreditação para a mudança organizacional na saúde, que o sentimento de pertença a algo de comum – a participação num projecto organizacional – permite o reforço dos laços sociais. O não reconhecimento do valor do capital daqui resultante constitui-se, seguramente, como factor de insucesso no processo de mudança em curso.

Neste sentido acrescentaria a preocupação de Pisco (1999) e Mezomo (2001: 211), entre outros, com a necessidade de reflexão sobre o caminho já percorrido e que se pode traduzir pela expressão do último: "a mudança eficaz supõe a libertação dos paradigmas antigos e a disposição para rever inclusive os novos que estiverem sendo adoptados".

Numa atitude de clara vigilância epistemológica, trata-se de assegurar a exclusão de preconceitos, cuja origem exterior ao interesse organizacional de cumprimento da sua, por essa mesma razão, dificultam uma leitura menos contaminada da realidade e a tarefa de corrigir, em tempo útil, os erros que vão sendo identificados.

3.3 A LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES

3.3.1 O PODER DO SABER

No terreno das organizações de saúde, o jogo dos actores responde a dois tipos fundamentais de estratégias (não necessariamente opostas): a dos interesses da organização e a dos interesses estratégicos dos actores. À construção social que integra estas diferentes perspectivas (estratégias individuais e colectivas) Croizier e Friedberg (1977) faziam corresponder, como anteriormente já referi, a noção de *sistema concreto de acção*.

O factor que determina o poder relativo dos actores consiste, de acordo com Carapinheiro (1993) e Silva (2001), no capital acumulado de saber e experiência de vida. Este *poder do saber*, a que Foucault se refere como o "poder do conhecimento" permite, nomeadamente aos médicos a assumpção de uma posição de dominância no confronto entre o que Carapinheiro (1993) designa por autoridade burocrática e autoridade profissional. Um exemplo que transcende este tipo de confronto pode ser traduzido pelos achados de Patrick Castel e Ivanne Merle (2002: 13) segundo os quais dispositivos como por exemplo as normas clínicas utilizadas num ambiente de promoção da qualidade, podem significar para os

médicos “um meio de melhor resistir à eventual pressão, exercida pelos doentes ou por quem lhes está próximo, na medida em que constituem um argumento utilizável quando estes não ficam satisfeitos com os tratamentos propostos.”¹

Por outro lado, a posição de dominância (que decorre do facto de outros profissionais dependerem da referência ou prescrição médica) não dispensa, na visão da autora, alianças entre os médicos e outros profissionais no sentido de consolidar o terreno do seu poder², face aos doentes. Interrogo-me sobre se não será este um dos motivos pelos quais o centrar dos serviços de saúde no cidadão é tarefa ainda não inteiramente conseguida.

Acresce que, também no que concerne à regulação, esta teia de relações de poder apresenta características distintivas face a outros tipos de organizações. São os operacionais (sobretudo do corpo clínico) quem define o próprio método de produção de cuidados, deixando margem de intervenção da gestão apenas para o domínio da afectação dos recursos disponíveis (Jean-Claude Moisdon, 2000). É neste último domínio que se operam mudanças significativas. O esforço de implementação de sistemas de controlo de recursos de que são exemplo os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH)³, implica novas aprendizagens quer de conhecimentos ao nível económico quer de conhecimentos ao nível da informação estando este novo saber, segundo a visão de Moisdon (2000), na origem de um novo poder.

Contudo, e ainda de acordo com Carapinheiro (1993: 207), não são apenas os profissionais de saúde (apesar do seu poder sobre os doentes) que apresentam um comportamento estratégico: “Os comportamentos estratégicos dos doentes estão constantemente balizados pelos processos que constituem a fenomenologia da hospitalização.” No entanto, se no domínio do hospital a assimetria de poder é evidente, para o domínio extra-hospitalar – quer no caso dos centros de saúde quer no caso do exercício privado – a dita assimetria parece não assumir a mesma relação sobretudo porque difere da que a autora (1993: 209) descreve para a

¹ “un moyen de mieux résister à l'éventuelle pression exercée par les patients ou par leurs proches, dans la mesure où ils constituent un argument utilisable quand ceux-ci ne sont pas satisfaits des traitements proposés.

² Esta posição não diverge, na sua essência, da perspectiva foucaultiana do poder: para Michel Foucault (de acordo com Stewart Clegg, 1998-II), as organizações são um palco de observação frequente quer de *negociação* quer de *contestação e luta* entre posições dominantes (agências) relacionadas do ponto de vista organizacional.

³ Os GDH, ferramenta de gestão financeira na área da saúde, consistem basicamente na atribuição de um valor para o custo médio do internamento hospitalar de indivíduos com patologias semelhantes, como referencial de pagamento em função do movimento assistencial dessas unidades. São da responsabilidade do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF): Portaria 132/2003, I Série B, DR n.º 30.

caracterização do meio hospitalar: "A penetração no mundo fechado do hospital, centralizado nos rituais e retóricas à volta do corpo, da doença e dos cuidados, passa pela ruptura com o mundo exterior..."

A teia de relações que, deste modo, se apresenta para quem pretende analisar a dinâmica organizacional de uma organização de saúde é complexa e nela reside a essência da sua vida social. A este propósito, Silva (2004-II) afirma que "as relações sócio-profissionais numa organização de serviços de saúde reportam-se a complexos subsistemas interdependentes (cultural, técnico, organizacional e de poder) ...". Estamos, assim, perante uma multiplicidade de lógicas nem sempre concordantes. Esta complexidade implica que a abordagem teórica a acompanhe dentro de uma racionalidade de múltiplos contributos, numa visão próxima da ideia de *puzzle teórico* defendida por Strati (2000).

Como diz Gonnet (1992: 256), no sentido de justificar a necessidade de diagnóstico sociológico no domínio das organizações de saúde face à sua complexidade, "ela é sobretudo, como a maior parte das grandes organizações, confrontada com uma evolução muito rápida e permanente que provoca subversão das técnicas, das profissões, das mentalidades, das relações, etc."¹ Este tipo de diagnóstico assume-se, deste modo, como o instrumento de eleição no processo de monitorização dos efeitos da evolução tecnológica na dinâmica dos actores e consequente interferência na dinâmica organizacional.

3.3.2 A CONSCIÊNCIA POSSÍVEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

"Todos nós sabemos muito bem o que é a consciência, sendo no entanto incapazes de o dizer com precisão." (Goldman, 1972: 99). Nada mais claro, do ponto de vista epistemológico (o reconhecimento de uma dificuldade prévia) do que esta afirmação, para introduzir uma breve discussão sobre a consciência possível, no contexto do exercício profissional dos profissionais de saúde, com base no reconhecimento do interesse numa abordagem multifoco que a argumentação anterior requer.

Tendo a noção da vasta dimensão e da complexidade do tema optei por tentar construir um quadro de relação entre a evolução do sistema nacional de saúde e a evolução da ética dos profissionais de saúde, enquanto grupo social detentor de

¹ "Elle est de plus, comme la plupart des grandes organisations, confrontée à une évolution très rapide et permanente qui provoque bouleversement des techniques, des métiers, des mentalités, des identités, des relations, etc."

uma consciência colectiva que encontra tradução no seu exercício profissional. Procurei, ainda, intersectar esta relação com a evolução da autonomia destes profissionais.

Esta relação não será, por certo, linear, antes, uma relação complexa: ainda que a consciência colectiva – como qualquer facto social, numa visão Durkheimiana – seja um produto da construção social e naturalmente mais do que uma mera associação das consciências individuais é, também, reconhecida pelo mesmo autor a importância das consciências individuais. Por outro lado, defende Goldman (1981), a relação entre consciência e praxis verifica-se nos dois sentidos: um dado facto de consciência tem implicação na praxis e, por sua vez uma dada praxis está ligada a uma estrutura de consciência.

Quanto à dimensão ética da consciência (aqui considerada do ponto de vista operativo, já que a pluralidade de conceitos exigiria uma explanação exaustiva no campo onde reside – o filosófico), podemos dizer que é constituída de valores que medeiam a concretização do pensamento em acção – nomeadamente na sua vertente normativa, a que mais se evidencia no domínio do exercício profissional. De acordo com Cassiano Reimão (2000: 167) “os valores (...) são características da acção humana, enquanto esta pressupõe determinadas escolhas no conjunto dos dilemas que marcam a vida do homem.”.

A relação entre consciência – podendo ela própria ser vista como elemento residente na realidade social – e vida social, referida por Goldman (1972), havia sido também, como já referi, objecto de reflexão para Émile Durkheim (1998: 119), perceptível quando disse que “sem dúvida, nada se pode produzir de colectivo se não houver consciências particulares (...) É necessário ainda que estas consciências se associem, se combinem e se combinem de certa maneira; é desta combinação que resulta a vida social...”.

Daqui nasce o suporte para uma breve discussão sobre a consciência dos profissionais de saúde, através de algumas manifestações éticas associadas ao seu exercício, como expressão da sua consciência, não no plano individual – o que remeteria esta tarefa para outros terrenos que não o sociológico – mas enquanto grupo ou grupos de profissionais.

Para o efeito, nesta breve discussão, a consciência do profissional de saúde é inserida no contexto da consciência possível, não apenas do seu grupo profissional

específico mas num todo mais amplo, o dos profissionais de saúde em geral. Assim, a análise recai não tanto sobre a questão da consciência em si mesma mas, intencionalmente, numa visão sociológica sobre formas materializadas dessa consciência colectiva: aspectos da vida social desse grupo de profissionais, isto é, dimensões da sua relação com os indivíduos que a eles recorrem.

À expressão de Goldman (1972: 105) em que a consciência é tida como *representação de um certo sector da realidade*, pode acrescentar-se, agora, que essas representações variam conforme o grupo ou grupos que se deparam com essa mesma realidade. Para este autor, "certo grupo social tem, em cada instante, sobre as diferentes questões que se lhe põem e sobre as realidades que encontra, uma certa consciência *de facto, real...*"

É neste contexto que surge o conceito de *consciência possível*, e que o mesmo autor define como "o máximo da adequação que o grupo *poderia* alcançar sem com isso modificar a sua natureza." (1972: 106). Esta adequação está em função do conhecimento da realidade e da resposta perante essa mesma realidade por parte do grupo, delimitando o seu campo de estabilidade. Neste sentido, Goldman (1972: 107) já havia afirmado: "tem uma importância capital, simultaneamente para o sociólogo e para o homem de acção, conhecer o quadro (...) fora do qual toda e qualquer modificação que não seja passageira supõe uma mudança prévia do estatuto social dos indivíduos que compõem o grupo."

O profissional de saúde pode encontrar-se, entre outras, na caracterização que Costa Freitas (2000: 18) faz do *homem*, "um ser dividido por tendências diversas e, às vezes, opostas: dividido entre a razão e a paixão, entre o bem comum e o interesse particular, entre a dedicação aos outros e o egoísmo."

Porque procuro chegar à dimensão da consciência possível dos profissionais de saúde e no sentido de alcançar uma maior objectividade propus-me analisar apenas a materialização da consciência sob a forma de expressão pública dos princípios orientadores da *praxis* (genericamente designados por ética profissional). Neste sentido, considere *códigos deontológicos* e *declarações de princípios éticos*: estes documentos encontram-se expostos na Internet, nas páginas das organizações profissionais que os promovem.

A escolha destas formas carece, todavia, de justificação mais consistente: os códigos deontológicos porque constituem a expressão formal de uma conduta

esperada para um dado grupo profissional e as declarações de princípios éticos, como substitutos dos códigos (nalguns casos).

O quadro seguinte (de construção, naturalmente, arbitrária) foi elaborado com o objectivo de operacionalizar a expressão de alguns dados encontrados sobre a eventual relação entre preocupações éticas (consciência real) e exercício profissional no contexto da evolução dos serviços de saúde. A opção pelo grupo dos Fisioterapeutas (de entre o grupo dos Técnicos de diagnóstico e Terapêutica) decorre do facto de ser esta a minha formação de base, o que me permite uma maior proximidade com a sua realidade.

Quadro 1
Evolução da autonomia profissional

	DÉCADA DE 70 (OU ANTERIOR)	DÉCADA DE 80	DÉCADA DE 90
Enfoque dos Serviços de Saúde	Instituições	Profissionais (1)	Cidadão (2)
Origem dos Códigos Deontológicos		Médicos (3)	Enfermeiros (4)
Origem das Organizações Profissionais	OM (5) APF (6)		OE (7)
Apresentação de Declarações de Princípios Éticos			Fisioterapeutas (8)

(Fontes: APF-Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. OE-Ordem dos Enfermeiros. OM-Ordem dos Médicos)

- (1) 1983 – Início da carreira médica de Clínica Geral/Médicos de Família.
1985 – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem.
1985 – Início da carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.
- (2) 1998 – Estratégia de Saúde Para o Virar do Século (1998 – 2002): modelo centrado no cidadão e nas suas necessidades: Direcção-geral da Saúde.
- (3) 1985 – Formato actual do Código Deontológico dos Médicos.
- (4) 1998 – 1.º Código Deontológico dos Enfermeiros.
- (5) 1938 – Criação da Ordem dos Médicos (o estatuto actual data de 1977).
- (6) 1960 – Criação da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- (7) 1998 – Criação da Ordem dos Enfermeiros.
- (8) 1995 – Declaração de Princípios Éticos da APF.

A matéria utilizada para análise, porque escassa, constitui apenas um possível ponto de partida para estudos mais aprofundados que incluam, entre outras, uma análise de conteúdo dos diversos textos: estatutos das organizações, códigos deontológicos, declarações de princípios e pareceres emitidos sobre as questões éticas que se vão colocando aos profissionais face à evolução tecnológica e

científica. Edgar Morin (1990) chama, aliás, a atenção para este tipo específico de questões, ao referir que o reverso da emancipação que o desenvolvimento da técnica proporciona se pode traduzir em processos de manipulação entre os indivíduos.

Não obstante, uma primeira análise sugere duas ideias fundamentais. A primeira é a de que a forma organizacional que determina a codificação formal dos princípios orientadores de um dado grupo profissional (os códigos deontológicos) é a de *Ordem*. Não é, todavia, pela sua ausência que a consciência se apresenta vazia: o facto de os Fisioterapeutas não disporem de uma *Ordem* não os tem impedido de evidenciar, ao longo do tempo (como acontece com os outros grupos profissionais), a existência de princípios orientadores para a sua conduta.

A forma organizacional de *Ordem* permite o controlo do exercício profissional pelos pares, dando origem à codificação formal dos princípios – os Códigos Deontológicos. Como afirma Nunes (2005:11), "Quanto mais uma profissão se organiza, mais tende a dotar-se de um estatuto codificado onde estão bem definidos os deveres e as obrigações emanadas dos seus órgãos oficiais¹. Configura-se, deste modo, a segunda ideia: a de que a adequação do sujeito (os profissionais) ao objecto (a sua atitude ética, como forma materializada da sua consciência) evolui na medida em que o grau de autonomia aumenta.

¹ Questiono-me, de resto, sobre a possibilidade de, na ausência (até à criação, em 2003, da ERS) de uma forma efectiva de regulação social na área da saúde, terem sido os compromissos éticos assumidos pelas corporações (Ordens e Associações profissionais), apesar das desvantagens do corporativismo (legitimidade parcial), uma forma (senão a única) de garantir a protecção da saúde dos cidadãos.

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

Numa atitude de procura da descodificação do social, e de acordo com as perguntas de partida – *Como se processa a regulação das interacções entre os actores e as organizações, na área da saúde? Como se posiciona a qualidade no horizonte dos interesses dos actores?* – procuro desocultar os mecanismos de regulação no sentido de aceder à compreensão da lógica de acção que subjaz à construção da qualidade organizacional nos serviços de saúde.

O cariz marcadamente instrumental deste estudo – porque com incidência numa organização específica, o hospital, e com a intenção de evidenciar utilidade para a acção – comporta um desafio claro: a responsabilidade acrescida de consolidar a motivação para o rigor no sentido de evitar que a percepção do risco perturbe (de forma importante) a objectividade desejada. Saliento a intencionalidade, assumindo o alinhamento com a visão de Amblard et al (1996: 220), de acordo com os quais “a partir do momento em que o sociólogo ambiciona uma forma de utilidade social no campo que é aquele em que ele intervém, é-lhe necessário ter em conta a dimensão prática de que pode revestir-se este conhecimento sobre”¹.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A escassez de estudos sobre a regulação nas organizações de saúde, a que acresce o facto de a construção da qualidade organizacional ser uma realidade recente e ainda pouco estudada no domínio das organizações de saúde em Portugal, justificam a opção por um estudo não experimental, de cariz exploratório – não no que concerne à regulação, que constitui assunto já bastante estudado, mas em relação ao posicionamento, resultante (ou em relação à percepção) dos actores face ao desafio da qualidade organizacional.

Perante o tipo de perguntas de investigação, “como?»», tendo em conta que, na opinião de Judith Bell (1997: 23), o “estudo de caso interessa-se sobretudo pela interacção de factores e acontecimentos”, não há controlo do investigador sobre os comportamentos a considerar – analisar um processo “organizacional (Yin, 1994 e Creswell, 2003) – e situando a pesquisa na actualidade, a estratégia adoptada é, como sugere Yin (1994: 9), a do Estudo de Caso: “... quando uma questão de ‘como’ ou ‘porquê’ é colocada acerca de uma série de acontecimentos sobre os

¹“Dés lors que le sociologue ambitionne une forme d’utilité sociale dans le champs qui est celui sur lequel il intervient, il lui faut se soucier de la dimension pratique que peut revêtir cette connaissance sur ”.

quais o investigador tem pouco ou nenhum controlo.”¹, acontecimentos estes que se situam na actualidade.

Outro aspecto relevante para a opção feita é o facto de esta ser, diz Bell (1997), uma estratégia adequada para um investigador isolado dado que lhe permite dedicar-se a um caso específico. Pode este, assim, assumir um mais claro posicionamento na fase operacional da pesquisa.

O presente estudo configura um *estudo de caso único*. Não se tratando do caso extremo (Yin, 1994) que evidencia um elenco de condições ideais para testar uma dada teoria, o interesse reside em explorar uma realidade, em parte, desconhecida e matriciar a leitura obtida numa perspectiva de deixar em aberto a possibilidade de replicação – naturalmente sujeita a enriquecimento – em estudos futuros. Cabe aqui a ressalva (na linha do que argumenta o autor face aos críticos desta metodologia) de que o termo enriquecimento se opõe, nesta acepção, à ideia de enriquecimento propositado para demonstração de um ponto de vista, como acontece, com toda a legitimidade, na área do ensino.

Pode, ainda, construir-se um outro argumento para refutar a crítica, que recai sobre a estratégia de estudo de caso, relativa à impossibilidade de generalização a partir de um caso único: na discussão que, de acordo com Yin (1994), se pode fazer entre a generalização estatística e a generalização analítica – esta última traduzida pela possibilidade de utilizar um corpus teórico (resultante do nexos evidenciado entre os achados e o enquadramento teórico prévio) – o autor salienta que a generalização analítica pode configurar um “veículo para examinar outros casos”. O interesse reside, como anteriormente afirmei, na construção de uma matriz de leitura da realidade que permita replicação futura numa estratégia de estudo de caso múltiplo.

Este estudo difere, também, do que Yin (1994: 40) designa de *caso revelador*: “Esta situação existe quando um investigador tem uma oportunidade para observar e analisar um fenómeno anteriormente inacessível à investigação científica...”², ainda que a circunstância de este estudo cursar com o início do período de implementação de uma nova Lei de Gestão Hospitalar que envolve, entre outros aspectos, a transição do modelo tradicional de Hospital Público para o modelo de

¹“When a ‘how’ or ‘why’ question is being asked about a set of events over which the investigator has little or no control.”

²“This situation exists when an investigator has an opportunity to observe and analyze a phenomenon previously inaccessible to scientific investigation...”

S.A. (sociedade anónima, neste caso, de capitais públicos – situação nova no domínio da saúde) pudesse permitir tal opção, naturalmente para a prossecução de outros objectivos de estudo.

Ainda que a estratégia do estudo de caso esteja frequentemente associada ao paradigma qualitativo, segundo Yin (1994), tal não implica a exclusão do recurso a métodos e técnicas quantitativas. Opto, neste alinhamento, por uma instrumentação quantitativa de aplicação transversal – recolha de dados, sob o formato de inquérito por questionário, a efectuar num dado momento, assumindo uma das limitações de tal opção: a escassez de meios para uma triangulação de dados de fontes diversas. Esta limitação poderia ser ultrapassada com a adopção, na perspectiva de Creswell (2003:), de uma estratégia de abordagem mista (qualitativa/quantitativa ou vice-versa) no sentido de que “os enviesamentos inerentes a cada método único poderiam neutralizar ou cancelar os enviesamentos de outros métodos.”¹.

Uma tal abordagem metodológica requer mais tempo e, sobretudo, uma experiência investigativa de que não disponho. Não obstante, o capital acumulado de experiência de uma postura frequente de *participante-observador*², confere alguma solidez à capacidade de reflexão sobre os resultados da medição quantitativa.

Contudo, duas as razões de fundo sustentam a escolha efectuada. A primeira decorre do facto de se tratar de um primeiro olhar sobre a realidade organizacional, a sugerir uma estratégia de cariz extensivo no sentido de procurar uma maior abrangência de participantes face ao tempo disponível para a realização do estudo.

A segunda razão tem a ver com a necessidade de, do ponto de vista ético, deixar espaço para mais e aprofundados estudos, não saturando os actores, neste caso específico, com uma primeira solicitação de cariz intensivo: é Françoise Gonnet (1992: 268) que chama a atenção para este tipo de reacção possível, quando afirma que, no caso dos profissionais de saúde “habitados a pouco reflectir e a

¹“ Biases inherent in any single method could neutralize or cancel the biases of other methods.”

² Esta designação pretende traduzir uma aproximação ao valor da «familiarização» que Firmino da Costa (2001) trata na sua discussão sobre a pesquisa de terreno em sociologia: “A presença prolongada do investigador no terreno, a multiplicidade de dimensões do social que aí observa (...), a visão do mundo e da sociedade dos actores sociais locais, obtida através de depoimentos verbais e, por outro, os dados obtidos por observação directa e participante...” confere ao investigador uma possibilidade de descodificação de “símbolos (...) de comportamentos e estratégias (...) de estilos de agir e de maneiras de pensar.” A opção por uma designação inversa da que o autor utiliza (participante-observador em vez de observador-participante), decorre do facto de a minha actividade principal não ser a de investigador.

muito agir sobre um modo de acto por acto e de urgência, esta reflexão em profundidade incomoda-os e desestabiliza-os num primeiro tempo.”¹. A este propósito devo explicitar que entendo a referência ao ‘hábito de pouca reflexão’ como relacionada com o escasso mas crescente (na leitura que faço na actualidade, a partir da observação do terreno em que exerço – o meio hospitalar) interesse dos profissionais de saúde pela reflexão sobre temas que se situam para além do domínio técnico-científico específico de cada profissão.

Como último argumento, recuro o que dizem Luc Albarello et al (1997: 82): “O debate entre «quantitativistas» e «qualitativistas» está ultrapassado hoje em dia”. Acrescentam estes autores que assim como o inquérito pode fornecer material para reflexão quantitativa, a sua construção pode e sugerem que seja enriquecida com contributos de cariz qualitativo.

Para além deste aspecto académico, o interesse central da metodologia de base quantitativa reside na procura de uma maior objectividade – numa aproximação não fundamentalista à visão weberiana da «neutralidade axiológica». Como relembra José Saragoça (2004: 80), mantendo uma atitude de vigilância epistemológica (que qualquer abordagem científica requer), “O uso de estatísticas constitui um precioso instrumento para o seu trabalho, já que ao produzir dados objectivos, o sociólogo pode desse modo romper mais facilmente com as prenoções (que constituem obstáculos epistemológicos).”

De facto, a validade do estudo empírico depende, de forma significativa, do sucesso na aproximação entre a emoção da suspeita e a razão da prova. Quanto maior o grau de aproximação maior será, certamente, a capacidade de combater e neutralizar os referidos obstáculos.

4.2 PRESSUPOSTOS E MODELO DE ANÁLISE

Strati (2000: 82), afirma que “Estudar as organizações como contextos sociais coloca a ênfase na sociedade que as organizações constroem, reconstroem e destroem, e também na sua importância fora dos limites organizacionais.”². Neste sentido, a intenção de alcançar uma inteligibilidade sobre o social a partir da análise de processos organizacionais, subjacente ao modelo de análise que utilizo

¹ “Habités à peu réfléchir et à beaucoup agir sur le mode coup par coup et de l’urgence, cette réflexion en profondeur les dérange et les déstabilise dans un premier temps. ”

² “Researching organizations as social contexts places emphasis on the society that organization construct, reconstruct and destroy, and on its importance outside organizational boundaries as well.”

parece alinhada, também, com a visão de Luc Campenhoudt (2003: 65) sobre as ciências sociais, de que estas se definem “pela perspectiva utilizada para estudar os fenómenos, pela maneira de fazer deles objectos de conhecimento.”

A importância da contextualização é sublinhada por Campenhoudt (2003) que, apoiado nos estudos de Hoggart, anuncia um dos pressupostos fundamentais da análise dos fenómenos sociais: a impossibilidade de compreender determinados fenómenos sem os contextualizar no plano social. A arquitectura do presente estudo evidencia esse mesmo pressuposto: a problemática da qualidade no contexto do sistema social de uma organização de saúde. Trata-se de um requisito epistemológico de base, isto é, atender à necessidade de contextualizar o objecto como forma de aspirar a uma maior objectividade no seu estudo, de acordo com o que afirma Lucien Goldman (1981) a propósito do problema de *recorte do objecto*.

A considerar, um outro aspecto também relacionado com a orientação da estratégia de estudo: o debate, tradicional em sociologia, entre *explicação* e *compreensão*. Para Goldman (1981: 346), de uma definição inicial, positiva, de compreensão como a resultante da descrição de um dado facto e a tentativa da sua explicação (num entendimento de que a compreensão faria parte da explicação), evoluiu-se para a ideia de que “compreensão e explicação são (...) um único e mesmo processo intelectual relacionado com dois grupos de referência diferentes, o de uma estrutura englobante e o de uma estrutura englobada.” Para Virgínia Ferreira (2001) o interesse central de qualquer teoria social (acrescento: de qualquer análise sociológica) reside na interpretação e na compreensão.

Assim, no alinhamento destes conceitos e para clarificar a matriz metodológica deste estudo proponho, no quadro seguinte, uma lógica de relação entre explicação e compreensão que as considera como dimensões diferentes de um mesmo domínio – o do conhecimento (em negrito está explicitado o trajecto que a este estudo diz respeito).

Quadro 2
Lógica de evolução do conhecimento

ACÇÃO	ABORDAGEM	INSTRUMENTAÇÃO	RESULTANTE
Compreensão	Extensiva	Quantitativa	Explicação
	Intensiva	Qualitativa	

Num posicionamento oposto à visão fenomenológica, acerca da qual Jean Lyotard (1999) salienta o ponto crítico que se traduz por uma atitude de recusa de evoluir no imediato para a explicação, não rejeito a possibilidade de esta mesma atitude (se vista mais como uma fase do pensamento científico do que como a linha orientadora desse mesmo pensamento) poder servir de filtro à tentação, que pode colocar-se a um investigador menos experiente, de sobrevalorizar a explicação que as suas medições lhe proporcionam, como forma única de atingir a inteligibilidade do fenómeno que pretende estudar. Como acrescenta Lyotard (1999), já Durkheim se debatia com esta questão, ao propor uma metodologia explicativa fundada na comparação (estatística), na sua obra *Regras do Método Sociológico*.

No sentido de operacionalizar a arquitectura do presente estudo, recorri a uma grelha de análise – instrumento metodológico fundamental quer para a análise estratégica em que a insere Bernoux (sd) quer para Amblard et al (1996: 216) que a incluem na metodologia da sociologia das lógicas de acção: “se a sociologia pode permitir ao não sociólogo ter uma compreensão do seu espaço de trabalho, então é necessário que ela possa ser recrutada sob a forma de grelha de análise utilizável.” – cuja construção se baseou numa adaptação feita a partir dos eixos identificados pelos mesmos: *contextualização*, *regulação* (em substituição de ‘possibilidades de acordo’, que me parece menos precisa) e *mudança/inação* (em vez de condução da mudança, que pertence mais ao domínio da acção concreta do que ao da análise) e aos quais foi acrescentado um outro, no sentido de posicionar a questão central da problemática em estudo: a da qualidade organizacional.

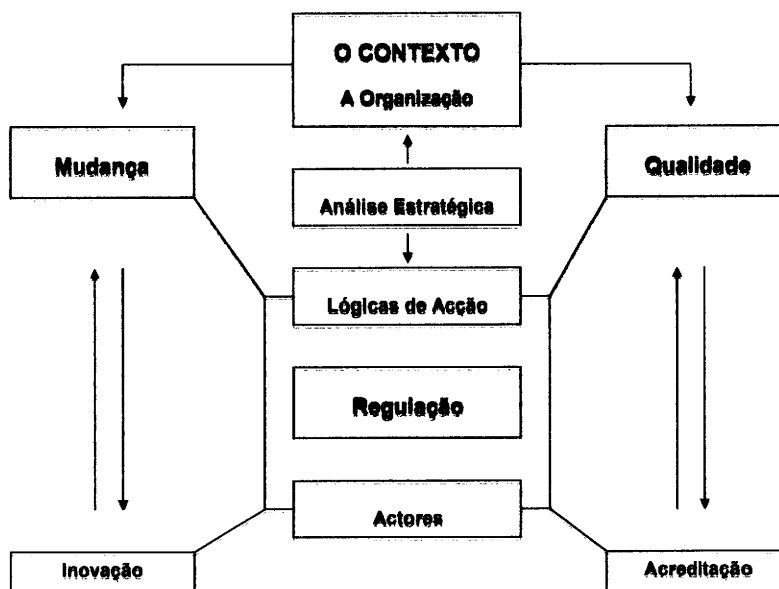


Figura 1. Matriz da grelha de análise.

4.3 UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise coincide com um dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde onde tenho exercido a minha actividade profissional, o que me permite dispor, desde logo, de um capital de observação da realidade que enriquece, certamente, a pesquisa em causa.

Não se tratando de procurar uma visão asséptica, procuro antes uma visão tanto quanto possível abrangente, naturalmente mesclada com a visão própria de quem faz parte da realidade que se propõe analisar. De acordo com Firmino da Costa (2001: 135), "a interferência não é, pois, simplesmente, um obstáculo ao conhecimento sociológico mas também um veículo desse conhecimento. Não o ignorar é uma condição de objectividade."

Esta unidade, de agora em diante designada por Hospital Unidade de Análise (HUA), ultrapassa as 500 camas de internamento, presta cuidados de saúde diferenciados em cerca de 30 valências, e tem um movimento assistencial anual de cerca de 130.000 atendimentos em urgência (incluídas a Obstetrícia, a Pediatria e a Psiquiatria), 3.000 partos, 150.000 consultas externas, 8.500 cirurgias, entre outros. Saliento, ainda o facto de esta unidade integrar (para a região de implantação e por cumprimento dos critérios de adequação) as Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) de Cardiologia e Materno-Infantil¹. Com cerca de 2.000 funcionários, constitui-se como a maior organização da região quer em termos de recursos humanos quer no que diz respeito à dimensão dos recursos financeiros afectos ao seu funcionamento.

A população-alvo do estudo presente é constituída pelos profissionais da área clínica e social – médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde (técnicos superiores do serviço social, psicólogos e farmacêuticos) e pelos profissionais da área administrativa.

No primeiro grupo – área clínica e social – o critério de constituição assenta no facto de estes profissionais disporem de autonomia no exercício, legalmente consagrada nos seus estatutos profissionais, evidenciando, assim, um especial interesse para o estudo da regulação organizacional. Não foram considerados neste

¹ A designação de Redes de Referenciação Hospitalar (RRH), é atribuída pelo Ministério da Saúde (1998, 2001), a um conjunto de sistemas com a finalidade de integrar as relações de complementaridade entre as instituições hospitalares. Como a própria designação indica, a sua actividade baseia-se numa concepção de "articulação em rede" de configuração variável em função das situações específicas, de "exploração de complementaridades" no sentido de aproveitamento de sinergias possíveis e de "concentrar recursos" no sentido de rentabilizar o seu potencial.

grupo os auxiliares de acção médica – cuja acção é indispensável ao funcionamento de uma organização como aquela em que o estudo decorre – dado exercerem, no domínio funcional, na dependência directa dos profissionais da área clínica, ainda que disponham de uma linha hierárquica própria para as questões do domínio administrativo – as encarregadas de sector.

No segundo grupo – área administrativa – a razão fundamental da escolha reside no facto de num modelo organizacional de base burocrática (na acepção weberiana do conceito)¹ tal como o das organizações de saúde, o seu funcionamento – numa perspectiva de articulação das diversas unidades funcionais – depender da atitude de cooperação destes actores. Esta dependência configura um interesse acrescido, em termos do estudo do fenómeno da regulação.

A inquirição destes grupos estendeu-se aos serviços hospitalares de internamento cujos médicos exercem no internamento, na urgência e no ambulatório (consulta externa) incluindo as unidades de cuidados intensivos, às respectivas equipas de enfermagem incluindo as da urgência geral e as da consulta externa, aos técnicos de diagnóstico e terapêutica que, na generalidade também exercem no âmbito do internamento, da urgência e do ambulatório e ao pessoal administrativo de secretariado aos serviços de internamento e aos de diagnóstico e de terapêutica.

Esta população, em termos globais, é constituída por 1079 profissionais, maioritariamente do sexo feminino (69,5%) e com uma distribuição por grupo profissional de 28% de médicos, 49,5% de enfermeiros, 17% de TDT, 3% de TSS e 2,5% de administrativos. De referir que o cálculo da população-alvo foi corrigido, por aproximação, em função do número de profissionais a exercer no período do inquérito – não incluídos, portanto, os indivíduos em gozo de período de férias, faltas por doença e outros tipos de licença – 707 profissionais (Quadro 3).

¹ Como refere Raymond Aron (2000), numa linha de explicação do pensamento weberiano, a “dominação burocrática” é característica das sociedades modernas e área crítica de qualquer regime. Acrescenta o autor que, na visão de Max Weber, o desenvolvimento social se processa no sentido de uma crescente organização de base racional e burocrática.

Quadro 3
Distribuição por género e grupo profissional

	TOTAIS	
Grupo profissional	Valor	%
Médico	195	28
Enfermagem	350	49,5
TDT	122	17
TSS	22	3
Administrativo	18	2,5
Sexo	Valor	%
Feminino	492	69,5
Masculino	215	30,5

Fonte: estimativa da população alvo em exercício no período de inquérito.

O questionário, na versão final, foi aplicado aos grupos profissionais já referidos – sob autorização do órgão de gestão da unidade de análise (Conselho de Administração) e após contacto pessoal com directores de serviço, chefias de enfermagem e coordenadores/responsáveis de outras áreas (conforme os casos), numa abordagem de distribuição generalizada aos profissionais da população alvo a exercer efectivamente durante o período considerado – terceira semana de Julho de 2004 – sendo a amostra constituída pelo conjunto dos respondentes. Esta estratégia foi utilizada com a finalidade de obter o máximo número de respondentes sem qualquer intervenção formal do investigador na constituição da amostra, junto de uma população de dimensão considerável.

Pode observar-se no Quadro 4 que, dos respondentes, apenas cerca de 38% tem uma idade inferior ou igual a 31 anos e que a sua antiguidade na profissão é, em média, de 13,1 anos com um desvio padrão de 8,56, tendo a sua antiguidade na instituição um valor médio de 11,25 anos com um desvio padrão de 7,54 (o que sugere que a maioria dos profissionais terá vindo a construir a sua carreira na instituição). O nível académico é superior em mais de 95% dos casos.

A taxa de resposta situou-se nos 42%, com valores mínimo de 30% (Médicos) e máximo de 77% (TSS), Quadros 4, 5 e 6. Dos contactos informais havidos após o período de inquérito, fico com a percepção de que nem todos os exemplares do questionário terão chegado aos destinatários. Assumo, naturalmente, o erro passível de ser associado à metodologia utilizada. Apesar de baixa, a taxa de resposta não inviabiliza os resultados. Chris Fife-Schaw (1995: 99), afirma a este

propósito que “Embora não defendendo uma abordagem de ‘vale tudo’ para avaliar taxas de resposta, taxas reduzidas não significam necessariamente que os dados sejam inúteis.”¹

Quadro 4
Caracterização dos respondentes

Sexo		Antiguidade na profissão (expr. em anos)	
Masculino	73,5 %	Média	13,1
Feminino	26,5 %	Desvio-padrão	8,56
		Mínimo - Máximo	1 - 35
Grupo etário		Antiguidade na instituição (expr. em anos)	
21 - 31	37,7 %	Média	11,25
32 - 42	37,3 %	Desvio-padrão	7,54
43 - 53	20,9 %	Mínimo - Máximo	1 - 30
54 - 64	4,1 %		
Grupo profissional		Habilitações	
Médico	15,5 %	Licenciatura	65,8 %
Enfermagem	61,8 %	Bacharelato	30,2 %
TDT	14,2 %	12.º Ano	2,7 %
TSS	5,7 %	Outra	1,4 %
Administrativo	2,7 %		

Fonte: inquérito.

Quadro 5
Balanço do inquérito

QUESTIONÁRIOS	TOTAIS	%
Distribuídos	707	100%
Recolhidos	644	91%
Extraviados	63	9%
Validados	296	42%

Quadro 6
Taxa de resposta por grupo profissional

GRUPO PROFISSIONAL	RATIO	TAXA DE RESPOSTA
Médico	46 / 154	30%
Enfermagem	183 / 334	55%
TSS	17 / 22	77%
TDT	42 / 116	36%
Administrativo	8 / 18	44%
Total	296 / 644	42%

Não dispondo (por razões de ordem técnica) dos valores, na população-alvo, sobre a idade (média e desvio-padrão) e antiguidade profissional (média e desvio-padrão) fica reduzida a capacidade de verificar a representatividade da amostra. Contudo,

¹“While not advocating an ‘anything goes’ approach to evaluating response rates, lower rates do not necessarily mean the data are worthless.”

na opinião de Ghiglione e Matalon (2001: 58), "É necessário substituir a noção global de representatividade por uma noção mais ampla, a de adequação da amostra aos objectivos estabelecidos...". Cabe, assim, uma referência a Ferreira (2001: 186) que afirma que, para a interpretação sociológica, "uma amostra é representativa se contiver elementos que permitam traduzir as diversidades e as nuances sociais suspeitadas por uma hipótese teórica." acrescentando que "Não podemos, portanto, esquecer as diferenças entre a amostra estatisticamente e teoricamente representativa."

Da leitura do Quadro 7, verifica-se a não existência de grande distorção na distribuição por género e alguma acentuação da assimetria na distribuição por grupo profissional (entre médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) que, em caso de interferência desta última variável nos resultados globais das respostas implica reservas acrescidas quando da sua interpretação. Deste modo, assumindo o pressuposto da existência de algum enviezamento não me parece, no momento, de adoptar uma atitude de rejeição global dos resultados obtidos.

Quadro 7
Distribuição por género e grupo profissional

Grupo profissional	TOTALS GRUPO I		TOTALS GRUPO II	
	Valor	%	Valor	%
Médico	195	28	46	15,5
Enfermagem	350	49,5	183	61,8
TDT	122	17	42	14,2
TSS	22	3	17	5,7
Administrativo	18	2,5	8	2,7
Sexo	Valor	%	Valor	%
Feminino	492	69,5	216	73,5
Masculino	215	30,5	78	26,5

Grupo I: população-alvo.
Grupo II: respondentes.

4.4 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Do elenco possível para a instrumentação de recolha de dados, a técnica seleccionada consistiu num inquérito por questionário aplicado à população-alvo, a partir da classificação de grupos profissionais utilizada por Silva (1995). Dos objectivos referidos por Ghiglione e Matalon (2001), relativos ao desenho de inquérito saliento o de *descrever uma população ou sub-população e verificar*

hipóteses sob a forma de relações entre duas ou mais variáveis. Ferreira (2001) enuncia o problema central que daí decorre: o confronto entre duas dimensões de análise (que não se excluem) – a *técnica estatística* e a *interpretação sociológica*.

O formato de inquérito permite, na expressão de Creswell (2003: 153), o acesso a uma descrição de base numérica sobre tendências, atitudes ou opiniões obtidas a partir de uma amostra da população em estudo: “a partir dos resultados na amostra, o investigador generaliza ou faz afirmações sobre a população.” Reafirmo, aqui, o especial interesse pelo segundo aspecto – produzir afirmações sobre uma população e poder, assim, cruzá-las com a matriz teórica inicialmente construída. Acrescento que, de acordo com Boaventura Sousa Santos (2002), o inquérito sociológico constitui um dos instrumentos metodológicos adequados ao distanciamento – entre sujeito e objecto – que a proximidade empírica, evidente no presente estudo, requer. Penso ser de reter, contudo, a ideia de que, parafraseando Firmino da Costa (2001), a interferência do investigador assume um duplo estatuto: o de obstáculo ao conhecimento sociológico e o de veículo deste conhecimento.

Assim, a construção do inquérito por questionário alicerçou-se nas dimensões a estudar já referidas no enquadramento teórico (a propósito das grelhas de análise organizacional e a partir das dimensões consensuais na literatura revisada sobre qualidade em saúde), para além do recurso à adaptação de questões elencadas em alguns dos inquéritos consultados, sobretudo nas matrizes propostas por Silva (1994) e Neves (2000) e do conhecimento detido sobre a realidade organizacional da unidade de análise.

A esta construção subjaz uma lógica de leitura do posicionamento dos actores face à problemática da qualidade, com base na correlação analítica entre as dimensões em estudo, a partir das variáveis consideradas para a investigação, a saber: as variáveis de caracterização dos inquiridos (sócio-demográfica e profissional), as variáveis elencadas para as dimensões organizacionais (contexto, relações institucionais e ambiente) e as variáveis representativas da problemática em estudo – a da qualidade. No primeiro conjunto de itens a intenção é a de recolher os dados relacionados com a leitura que os actores fazem do *contexto* em que a organização desenvolve a sua actividade (Quadro 8). A escala de atitudes utilizada tem como finalidade permitir a análise das oportunidades de mudança face aos desafios exteriores e em função do clima interno, a que corresponde a pergunta «como caracterizam o **contexto** em que a instituição desenvolve a actividade».

Quadro 8
E1 – Escala do contexto

	1	2	3	4	5
Uma crescente exigência por parte dos cidadãos.	§	§	§	§	§
A pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior.	§	§	§	§	§
O conhecimento dos pressupostos dos modelos de gestão.	§	§	§	§	§
O estímulo à crítica construtiva.	§	§	§	§	§
O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho.	§	§	§	§	§
O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos.	§	§	§	§	§
A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais.	§	§	§	§	§
A procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição.	§	§	§	§	§
O acolhimento a novas ideias.	§	§	§	§	§

Fonte: adaptado de Neves (2000).

Com o segundo conjunto de itens pretende-se analisar a percepção dos actores sobre o peso relativo das componentes externa (instituições de tutela) e interna (cadeia hierárquica) no sistema de regulação organizacional, no que diz respeito à *regulação de controlo* (Quadro 9). À escala de atitudes utilizada está associada a pergunta «a importância que têm no quadro das **relações institucionais**»

Quadro 9
E2 – Escala das relações institucionais

	1	2	3	4	5
O Ministério da Saúde.	§	§	§	§	§
A ARS (Administração Regional de Saúde).	§	§	§	§	§
O poder local.	§	§	§	§	§
As associações de doentes.	§	§	§	§	§
A ERS (Entidade Reguladora de Saúde).	§	§	§	§	§
As Ordens e Associações Profissionais.	§	§	§	§	§
Os Sindicatos.	§	§	§	§	§
As instâncias comunitárias (União Europeia).	§	§	§	§	§
Os seus superiores hierárquicos.	§	§	§	§	§
Os profissionais por si próprios.	§	§	§	§	§
A defesa dos profissionais, pelos seus superiores hierárquicos.	§	§	§	§	§
A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativas (de ordens, sindicatos, associações profissionais).	§	§	§	§	§

Fonte: adaptado de Silva (1995).

O terceiro conjunto de itens visa alcançar a percepção dos actores sobre a importância que atribuem à sua margem de iniciativa no quadro da regulação organizacional, no que concerne à *regulação autónoma* (Quadro 10). A pergunta que conduz ao desenvolvimento desta escala de atitudes é a que solicita a opinião sobre «como definem o **ambiente** da instituição».

Quadro 10
E3 – Escala do ambiente

	1	2	3	4	5
A hierarquia formal.	§	§	§	§	§
A autonomia na função de Gestão de Recursos Humanos.	§	§	§	§	§
A existência de um modelo objectivo de avaliação de desempenho.	§	§	§	§	§
A resolução de conflitos interpessoais sem intervenção superior.	§	§	§	§	§
A auto-responsabilização para a prossecução dos objectivos.	§	§	§	§	§
A organização do trabalho dependente do modelo de gestão.	§	§	§	§	§
As regras formalmente impostas.	§	§	§	§	§
A adesão dos profissionais, sem reservas, às normas estabelecidas.	§	§	§	§	§
A prevalência das regras informais.	§	§	§	§	§
O recurso dos profissionais às suas organizações (ordens, sindicatos, associações profissionais).	§	§	§	§	§

Fonte: adaptado de Neves (2000).

Ao quarto (e último) conjunto de itens subjaz a intenção de analisar a valoração que os actores fazem acerca da qualidade nos seus variados aspectos (Quadro 11). A escala de atitudes utilizada é recrutada pela pergunta sobre a sua «influência na determinação da **qualidade** dos serviços de saúde».

Quadro 11
E4 – Escala da qualidade

	1	2	3	4	5
Adequação dos cuidados prestados.	§	§	§	§	§
Acessibilidade aos cuidados necessários.	§	§	§	§	§
Coordenação entre os serviços intervenientes.	§	§	§	§	§
Efectividade da prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Avaliação das necessidades e expectativas dos cidadãos.	§	§	§	§	§
Satisfação dos cidadãos.	§	§	§	§	§
Prevenção do risco na prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Eficiência da prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Competência profissional dos intervenientes.	§	§	§	§	§
Existência de um departamento organizacional para a qualidade.	§	§	§	§	§
Existência de manuais da qualidade.	§	§	§	§	§
Sistema de acolhimento de sugestões dos profissionais.	§	§	§	§	§
Considerar a qualidade como um imperativo ético.	§	§	§	§	§
Comunicação com os cidadãos e famílias.	§	§	§	§	§
Existência de uma política da qualidade traduzida em objectivos.	§	§	§	§	§
Equidade no acesso aos cuidados.	§	§	§	§	§
Participação esclarecida dos cidadãos no plano de cuidados.	§	§	§	§	§

Fonte: Inquérito.

A medida adoptada (no sentido de graduar a valoração que os inquiridos atribuem aos diversos itens e de os distinguir – os inquiridos – entre si), numa amplitude de 1 a 5, assenta na lógica de correspondência que se descreve no Quadro 12. A opção por uma escala com cinco pontos de graduação explícita tem a ver com dois

aspectos fundamentais. O primeiro decorre da vantagem de propor mais do que duas situações extremas: como afirmam Ghiglione e Matalon (2001), "tendo proposto mais do que duas respostas, podemos escolher o agrupamento que acharmos melhor", o que permite, numa fase mais adiantada, diversificar o leque de opções de análise. O segundo aspecto prende-se com a assumpção de neutralidade por parte dos inquiridos: atribuindo um valor a cada escalão de resposta que demonstre importância semelhante para todas as respostas, pode evitar-se, no alinhamento do que afirmam os autores citados, a orientação das mesmas e o fornecimento de um pretexto para os inquiridos que não pretendam reflectir sobre o que lhes é perguntado. Em última análise poder-se-à dizer que se os inquirimos é porque queremos e valorizamos as suas opiniões.

Quadro 12
Correspondência de medidas entre escalas

1	NÃO CARACTERIZA	SEM QUALQUER IMPORTÂNCIA	NÃO DEFINE	SEM QUALQUER INFLUÊNCIA
2	Caracteriza ligeiramente	Escassa importância	Define ligeiramente	Ligeira influência
3	Caracteriza parcialmente	Alguma importância	Define parcialmente	Influência parcial
4	Caracteriza substancialmente	Muita importância	Define substancialmente	Influência substancial
5	Caracteriza plenamente	Importância decisiva	Define claramente	Influência determinante

Fonte: Inquérito.

A estrutura de validação do instrumento de recolha de dados assentou em duas medidas: o da fidelidade (também designada na literatura por fiabilidade) e o da validade. A fidelidade foi aferida numa perspectiva de análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach. A validade de conteúdo foi aferida com recurso a um painel de peritos nas áreas da sociologia das organizações e da sociologia da saúde. Em termos globais, a validade das medidas utilizadas – o grau de adequação das variáveis elencadas em função da teoria subjacente – reside, como referem Almeida e Pinto (2001), na capacidade de definir, do ponto de vista operativo, conceitos e respectivas dimensões.

Este alinhamento foi respeitado na construção do inquérito por questionário: a estrutura de grelha de análise, pela referência à visão de Bernoux (sd) e Amblard et al (1996) – no que concerne às escalas das relações institucionais e do ambiente – e por referência ao conjunto de dimensões da qualidade evidenciadas na literatura referenciada – no que diz respeito à problemática da qualidade. Na visão

de Ferreira (2001), não há questionários perfeitos pelo que a autora sugere que se reconheça, no universo das respostas obtidas, a validade que decorre do contexto em que as mesmas são obtidas.

O cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach permite-nos saber em que medida um conjunto de itens se correlaciona entre si em torno da ideia central que esse mesmo conjunto encerra (Bryman e Cramer, 1992; Almeida e Freire, 2000). De acordo com Silva (2003: 99), o interesse da fidelidade reside no facto de que esta "constitui também uma condição prévia à validade de um instrumento." Quanto maior o valor do coeficiente de Alpha de Cronbach maior será a consistência interna (também designada por homogeneidade), em função da minimização da variância específica de cada item. Este aspecto permite, também, aferir da estabilidade (temporal) do instrumento a partir da observação de valores elevados de consistência pelo que, de acordo com Bryman e Cramer (1992) e Almeida e Freire (2000), foi fixado o limite de Alpha de Cronbach $\geq 0,70$ para validação do instrumento construído.

Quadro 13
Fiabilidade do Inquérito: pré-teste e versão final

PRÉ-TESTE	ESCALA DO CONTEXTO	ESCALA DAS RELAÇÕES	ESCALA DA DINÂMICA	ESCALA DO AMBIENTE	ESCALA DA QUALIDADE
Dimensão	Mudança/ Inovação	Modelo de Regulação	Regulação de Controlo	Regulação Autónoma	Valoração da Qualidade
Ítems	14	10	8	11	17
Alpha Cronbach	0,84	0,88	-0,02	0,73	0,95
Versão final					
	Escala do Contexto	Escala das Relações	Escala do Ambiente	Escala da Qualidade	
Dimensão	Mudança/ Inovação	Regulação de Controlo	Regulação Autónoma	Valoração da Qualidade	
Ítems	9	12	10	17	
Alpha Cronbach	0,88	0,77	0,82	0,96	

Fonte: Inquérito.

Os valores obtidos na versão final do instrumento confirmam a fidelidade interna das escalas utilizadas no pré-teste, para além de uma discreta melhoria em relação à generalidade dos valores iniciais destas últimas (Quadro 13).

A validade convergente foi aferida através da construção de uma matriz de correlações (Quadro 14) entre os dois itens com maior *score* de cada escala – pontuados em função dos resultados da hierarquização pelo teste de Friedman – e os índices das escalas – obtidos em função do somatório das respostas em cada escala – Índice de Mudança (IM), Índice de Controlo (IC), Índice de Autonomia (IA) e Índice de Qualidade (IQ). Como se pode observar, os pares de itens apresentam uma correlação mais forte com os índices respectivos do que com os índices das outras escalas.

Quadro 14
Validade convergente das escalas: matriz de correlações

	CC1	CC2	DRI1	DRI2	DAI1	DAI7	PQ9	PQ8
IM	0,50	0,60	0,19	0,232	0,17	0,22	0,17	0,25
IC	0,25	0,20	0,57	0,59	0,24	0,21	0,26	0,30
IA	0,26	0,28	0,27	0,32	0,52	0,53	0,22	0,30
IQ	0,24	0,17	0,30	0,28	0,21	0,17	0,76	0,84

Fonte. Inquérito.
As correlações inscritas são significativas apenas para $p \leq 0,01$.

Das alterações decorrentes da análise do pré-teste (tidas em conta as sugestões propostas pelos inquiridos nesta fase descrever, fazer anexo ou nota de rodapé?) saliente, no que diz respeito à escala do contexto, a exclusão de cinco itens (*troca de informações com a comunicação social; reconhecimento do desempenho, pelos cidadãos; cultura de inovação dos serviços de saúde; recompensa de acordo com o desempenho profissional; existência de uma massa crítica de profissionais interessados na mudança*) por baixa correlação, o que permitiu o aumento do valor do coeficiente de Alpha de 0,84 para 0,88.

Relativamente à escala das relações (modelo de regulação) a decisão foi a de associá-la à escala da dinâmica (regulação de controlo): a primeira apresentava um valor de Alpha de -0,02. Esta associação permitiu recuperar os itens (*superiores hierárquicos assumem a defesa dos seus subordinados, na redacção final de defesa dos profissionais pelos seus superiores hierárquicos; aceitação a nível superior das tomadas de posição corporativas*) representados na referida escala e com interesse para uma visão abrangente da regulação de controlo. Quanto à escala da dinâmica, mantiveram-se os itens *instâncias comunitários, superiores hierárquicos* e

profissionais por si próprios dado que, apesar da baixa correlação com a escala, eram os únicos representantes dos aspectos considerados para a construção da variável latente «regulação de controlo». A escala resultante ficou com doze itens, mantendo a designação da primeira – escala das relações – e rejeitando a designação da segunda – escala da dinâmica. Ainda que o valor final de Alpha tenha descido para 0,77 manteve-se, contudo, dentro do limite da aceitabilidade inicialmente definido (0,70).

Na escala do ambiente retirou-se apenas o item *contactos informais* por baixa correlação e por estar este aspecto de algum modo já representado no item *hierarquia formal*. O item *auto-responsabilização dos profissionais para a prossecução dos objectivos*, apesar de apresentar baixa correlação com a escala, foi mantido por ser (ao invés do anterior) o único representante da ideia que encerra. Esta modificação permitiu o aumento do valor de Alpha de 0,73 para 0,82.

Quanto à escala da qualidade, não se verificou alteração do elenco inicial de itens dado que a exclusão do item com baixa correlação com a escala – *satisfação dos cidadãos* – não produziria alteração significativa do valor de Alpha para além de este deter a representação exclusiva da ideia que lhe é subjacente. Não obstante, o valor de Alpha passou de 0,95 para 0,96.

4.5 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

O tipo de dados, decorrente dos procedimentos de recolha adoptados, determina a escolha de técnicas a utilizar para o seu tratamento. “Os factos sociais são *complexos* e é indispensável estudá-los sob *perspectivas diferentes* (...) por outro lado, os instrumentos de análise devem ser correctamente usados, de forma a *adequarem-se à realidade*.” (Pires de Lima, 1981: 25).

Neste sentido e para o presente estudo, o tratamento dos dados foi efectuado numa abordagem de tratamento quantitativo para os dados provenientes do inquérito, recorrendo a software estatístico adequado à investigação na área das ciências sociais – o SPSS (statistical package for social sciences). Uma das principais justificações para esta opção reside na necessidade de aceder a uma forma de construir os seus esquemas explicativos a partir da complexidade dos dados recolhidos.

Em relação ao eixo de abordagem (quantitativo), ele é representado pelos dados recolhidos pelo questionário, ou seja, uma “descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população através do estudo de uma amostra dessa população” (Creswell, 2002: 153)¹.

Esta metodologia é a que permite, de acordo com Ghiglione e Matalon (2001) e Creswell (2003), fazer inferências, isto é, generalizar os resultados através de afirmações que se pretende válidas para a população de onde é originária a amostra – a que está em estudo.

A opção pela ferramenta SPSS decorre da sua vasta funcionalidade no domínio em causa: “O SPSS é uma das aplicações existentes no mercado, dirigido especificamente ao tratamento da informação estatística sobre os fenómenos humanos e sociais.” (Silva, 2003: 7).

Assim, para o presente estudo, a análise da globalidade das respostas ao inquérito foi efectuada numa abordagem estatística multivariada (com suporte no aplicativo referido), com estruturação do respectivo protocolo em três fases. A primeira fase correspondeu à elaboração de uma base informática para registo e organização dos dados recolhidos. A segunda fase compreendeu uma análise preliminar dos dados, com uma primeira aproximação às diferenças entre grupos. A terceira fase integrou a criação de variáveis compostas, no sentido de evidenciar a arquitectura das dimensões mais importantes das variáveis em estudo, e a verificação do posicionamento dos diferentes grupos profissionais. A análise preliminar (estudo descritivo dos respondentes) foi efectuada com recurso a medidas descritivas, distribuições de frequências e cruzamento de variáveis.

A criação de variáveis compostas evoluiu a partir do reconhecimento estatístico do peso relativo das dimensões evidenciadas pela análise factorial de componentes principais (AFCP), sob a observação do respectivo elenco de critérios de validação. Os critérios de adequação da matriz de correlações consideraram-se cumpridos dado que o valor da medida de Kaiser-Meyer-Olkin se situou sempre acima dos 50% de adequação para um valor de significância de $p \leq 0,05$ dado pelo teste de Esfericidade de Bartlett. Os componentes retidos para interpretação foram os que detinham valor próprio (eigen value) superior à unidade (1) ou próximo desta, de modo a obter-se uma capacidade de explicação da variância total $\geq 70\%$. A

¹ “A quantitative or numeric description of trends, attitudes, or opinions of a population by studying a sample of that population.”

extracção dos referidos factores foi efectuada sob o procedimento de rotação Direct Oblimin¹.

O posicionamento dos profissionais foi revelado através do recurso à estatística não paramétrica de Friedman no que concerne à visão dos mesmos relativamente à problemática em estudo – a da qualidade. Neste procedimento estatístico foram seleccionados para a construção de uma tabela explicativa os cinco itens mais pontuados na escala da qualidade, por cada grupo profissional, com a finalidade de indagar sobre a existência de um eventual padrão na valoração dos diversos aspectos da qualidade.

Acerca das técnicas quantitativas, Ferreira (2001: 172) afirma que a questão se coloca, agora, no sentido de “problematizar a possibilidade do seu emprego e de saber como interpretar os resultados produzidos por elas, de forma a controlar os efeitos de mediação decorrentes da sua aplicação.”

De modo a responder a essa questão, a informação resultante foi confrontada com a matriz teórica inicialmente construída, como sugere Yin (1994). Albarello et al (1997: 81) vão mais longe e afirmam que “Os resultados de qualquer inquérito quantitativo só podem ser lidos, interpretados e analisados através do filtro do método que permitiu produzi-los. Trata-se de uma exigência epistemológica de base.” Creswell (2002) salienta que “os investigadores podem tornar a teoria explícita como um enquadramento de orientação para o estudo”, no pressuposto de que todos os desenhos de pesquisa envolvem teorias quer para serem explicadas pelos achados quer para os explicarem. É com base neste cruzamento com a matriz teórica de enquadramento que se desenvolve a discussão dos resultados que tem início no capítulo 5 desta dissertação, sob a designação de *OS ACTORES E A QUALIDADE ORGANIZACIONAL – PARA ALÉM DA ESTRATÉGIA*.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas que se colocam perante um estudo são, fundamentalmente, de duas ordens: uma relacionada com a atitude do investigador em relação ao desenho e à dinâmica da pesquisa; outra que diz respeito à atitude do investigador face aos participantes no estudo.

¹ Este procedimento configura uma rotação oblíqua, utilizada com muita frequência quando se admite, como viável (desde que passível de interpretação), a existência de correlação entre os factores a extrair (Almeida e Freire, 2000; Maroco, 2003).

No que concerne à primeira ordem de questões (atitude do investigador perante o estudo), duas apresentam-se como nucleares. Uma é a do papel do investigador: “não se pode fabricar uma identidade qualquer quando se aborda um certo terreno.” (Firmino da Costa, 2001: 145). Sugerem estes autores que a estratégia mais frequente é de se explicitar o papel de sociólogo que tenciona estudar uma dada unidade; outra questão prende-se com a objectividade necessária em qualquer estudo: “a objectividade do investigador tem a ver com o esforço e com a qualidade do seu planeamento de forma a evitar a interferência dos seus desejos e atitudes nos dados encontrados.” (Almeida e Freire 2000: 206). Pedro Serrano (1996) explicita que o facto de alguns resultados se apresentarem, eventualmente, em sentido oposto a uma hipótese de trabalho não pode implicar a sua ocultação.

Em relação à segunda ordem de questões (atitude do investigador perante os participantes no estudo), também duas questões parecem fulcrais: por um lado, a da necessidade de obter autorização de acesso a locais e materiais de estudo (Creswell 2003 e Bell 1997) e, por outro, a de garantir a confidencialidade dos dados pessoais, o direito de qualquer participante a retirar-se do estudo e o direito a conhecer a finalidade do mesmo (Creswell 2003). A garantia de anonimato – para além do círculo académico interessado – sobre a identidade da unidade de análise, completa o elenco de princípios orientadores da linha de conduta assumida no presente estudo.

5. OS ACTORES E A QUALIDADE ORGANIZACIONAL – PARA ALÉM DA ESTRATÉGIA

Os diferentes tipos de actores, numa organização de saúde, de acordo com Mucchielli (1999: 313)¹, “posicionam-se cada um com a sua cultura, a sua deontologia e a sua atitude profissional própria (...) Em consequência, os membros do hospital têm uma muito fraca representação da organização no seu todo e estão relativamente isolados nas suas tarefas.” Acrescento, porque clarificadora, a demonstração de Silva (1995: 109) sobre a não convergência das culturas profissionais para uma cultura organizacional homogénea que possa ser assumida pelos diversos actores: “constatou-se que a convergência das culturas profissionais (...) reproduz no campo socioprofissional uma cultura organizacional plural...”.

Não obstante, o elenco de dimensões que o autor associa a essa mesma pluralidade originária nas diferenças de culturas profissionais – tecnicista, renovação, tradição e desinteresse – necessita, numa tentativa de explicação da estabilidade do sistema de saúde – apesar de este configurar um palco de natural conflito de interesses e estratégias – de algo mais que a dimensão estratégica (sem que, contudo, pretenda subvalorizar a importância desta última). A disponibilidade individual para transformar autonomia em auto responsabilização, face ao cumprimento de princípios residentes fora do âmbito técnico-científico, assim o sugere.

Torna-se, assim, necessário ter em consideração a interferência de elementos situados para além do interesse próprio e calculista, de que são exemplo as representações sociais, os quadros de referência ética, ou mesmo o grau de confiança no outro. A semelhante propósito, J. Barbalet (1996: 78) afirma que “o interesse próprio, em si mesmo, não é a fonte para uma compreensão sobre como os outros envolvidos na cooperação vão agir.”² Acrescenta o autor que a confiança é, portanto, uma questão que se coloca anteriormente à própria acção, para dimensões de acção em que o cálculo não intervém, constituindo uma das dimensões da acção colectiva que menos atenção têm merecido por parte da sociologia.

¹ “se côtoient avec cahacun sa culture, sa déontologie et son attitude professionnelle propres (...) En conséquence, les membres de l’hôpital ont une très faible représentation de l’ensemble de l’organisation et son retaiement isoles dans leurs tâches.”

² “self-interest is not itself the source of an understanding of how the others involved in cooperation will act.”

5.1 RECORTES ORGANIZACIONAIS

5.1.1 CONTROLO REMOTO?

Da análise não paramétrica (Kruskal-Wallis) da variância dos resultados na escala das relações institucionais (dimensão regulação de controlo) verifica-se, no Quadro 15, ausência de diferença significativa em termos da importância atribuída pelos diferentes grupos profissionais aos itens DRI1 *O Ministério da Saúde*, DRI2 *A ARS (Administração Regional de Saúde)*, DRI6 *As Ordens e Associações Profissionais*, DRI7 *Os Sindicatos*, DRI9 *Os seus superiores hierárquicos*, DRI10 *Os profissionais por si próprios* e DRI12 *A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativas (de ordens, sindicatos, associações profissionais)*, o que comprova o reconhecimento consensual da importância que lhes foi atribuída.

Quadro 15
Diferenças de opinião, entre grupos profissionais, sobre a regulação de controlo

VARIÁVEL	MED	ENF	TDT	TSS	ADM	QUI-QUAD / SIGNIFIC
DRI1	133,66	147,22	154,64	169,56	186,06	4,594 / 0,332
DRI2	149,07	138,95	160,89	184,85	182,25	8,328 / 0,080
DRI3						19,441 / 0,001
DRI4						10,459 / 0,033
DRI5						18,846 / 0,001
DRI6	142,67	144,49	146,50	154,00	197,44	3,586 / 0,465
DRI7	143,20	146,03	149,46	147,17	177,63	1,325 / 0,857
DRI8						19,872 / 0,001
DRI9	128,97	144,92	142,63	184,64	187,36	7,317 / 0,120
DRI10	155,51	142,27	140,55	189,71	185,56	7,598 / 0,107
DRI11						9,600 / 0,048
DRI12	135,13	142,62	147,17	135,90	186,69	3,136 / 0,535

Fonte: Inquérito.
Análise de Kruskal-Wallis.

A hierarquização das respostas a esta escala, com recurso à análise factorial de componentes principais (AFCP), evidenciou a presença de quatro factores com capacidade de explicação de 68,1% da variância total (Quadro 16). A estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (0,777) e o valor do teste de Bartlett ($p=0,000$) comprovam a adequação da matriz de correlações para o cálculo da AFCP. No que diz respeito ao contributo de cada variável para a solução factorial, verifica-se que a variável com maior representação é a DRI6 *As Ordens e Associações Profissionais* sendo a variável DRI8 *As Instâncias Comunitárias (União Europeia)* a que detém menor representação (Quadro 17).

Quadro 16
Explicação da variância para a análise das Relações Institucionais

FACTOR	EIGENVALUE	% VARIÂNCIA	% V. ACUMULADA
1	4,251	35,4	35,4
2	1,614	13,5	48,9
3	1,258	10,5	59,4
4	1,050	8,7	68,1

Fonte: inquérito.

Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

Quadro 17
Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala das Relações Institucionais

DRI6	DRI1	DRI7	DRI4	DRI2	DRI10
0,814	0,811	0,807	0,753	0,733	0,695
DRI11	DRI5	DRI3	DRI12	DRI9	DRI8
0,690	0,656	0,601	0,577	0,546	0,491

Fonte: inquérito.

Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

Como poderá observar-se, o primeiro factor extraído pela AFCP, com um valor próprio de cerca de 4,3 e capacidade para explicar 35,4% da variância, é composto (em ordem decrescente de correlação) pelas variáveis DRI4 *As associações de doentes*, DRI3 *O poder local*, DRI5 *A ERS (Entidade Reguladora de Saúde)* e DRI8 *As instâncias comunitárias (União Europeia)*¹, caracterizando o constructo da dimensão *Institucional Externa* na visão dos profissionais sobre a regulação de controlo (Quadro 18 e Figura 2).

O segundo factor apresenta um valor próprio de cerca de 1,6 e explica 13,5% da variância. Este factor é composto pelas variáveis DRI10 *Os profissionais por si próprios*, DRI11 *A defesa dos profissionais, pelos seus superiores hierárquicos*, DRI9 *Os seus superiores hierárquicos* e DRI12 *A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativa (de ordens, sindicatos, associações profissionais)*, revelando, na mesma perspectiva, o constructo da dimensão *Institucional Interna* (quadro 18 e Figura 2).

O elenco de variáveis para o terceiro factor, cujo valor próprio é de cerca de 1,3 e que explica 10,55 da variância, é constituído pela DRI1 *O Ministério da Saúde* e

¹De salientar que nenhuma destas variáveis se diferencia significativamente, como já demonstrado anteriormente, em função do grupo profissional.

pela DRI2 A ARS (*Administração Regional de Saúde*), explicitando o constructo da dimensão *Tutela Política* (Quadro 18 e Figura 2).

Um quarto factor foi extraído, com um valor próprio de cerca de 1,1 e 8,7% de explicação da variância total. Da sua composição fazem parte as variáveis DRI7 *Os Sindicatos* e DRI6 *As Ordens e Associações Profissionais*, delimitando o constructo da dimensão *Peso Corporativo*, na perspectiva dos profissionais sobre a regulação de controlo. Como descrito no Quadro 18, a carga factorial destas variáveis é negativa, isto é, não lhes é reconhecida importância no quadro das relações institucionais.

Quadro 18
Dimensões de Regulação de Controlo: carga factorial

		DRC 1	DRC 2	DRC 3	DRC 4
DRI4	As associações de doentes.	0,818			
DRI3	O poder local.	0,784			
DRI5	A ERS (Entidade Reguladora de Saúde).	0,665			
DRI8	As instâncias comunitárias (União Europeia).	0,383			
DRI10	Os profissionais pró si próprios.		0,813		
DRI11	A defesa dos profissionais, pelos seus superiores hierárquicos.		0,770		
DRI9	Os seus superiores hierárquicos.		0,677		
DRI12	A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativa (de ordens, sindicatos, associações profissionais).		0,525		
DRI1	O Ministério da Saúde.			0,864	
DRI2	A ARS (Administração Regional de Saúde).			0,781	
DRI7	Os Sindicatos.				-0,904
DRI6	As Ordens e Associações Profissionais.				-0,854

Fonte: inquérito.

Extracção: rotação Oblimin com normalização de Kaiser.

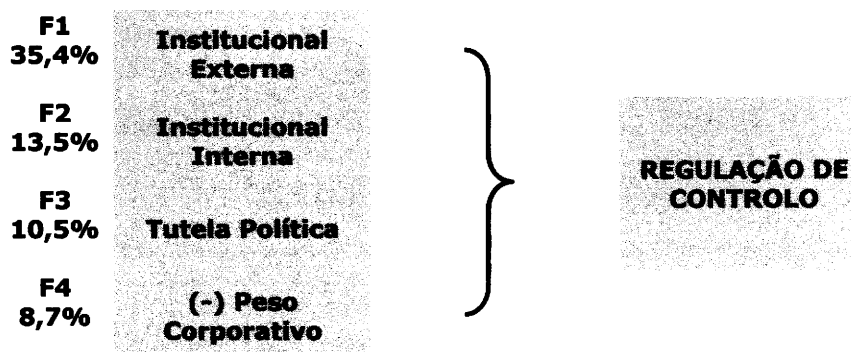


Figura 2

Visão global sobre as fontes de regulação de controlo na unidade de análise.
(-): sentido negativo para a influência das variáveis elencadas na componente.

Mudança/Inovação

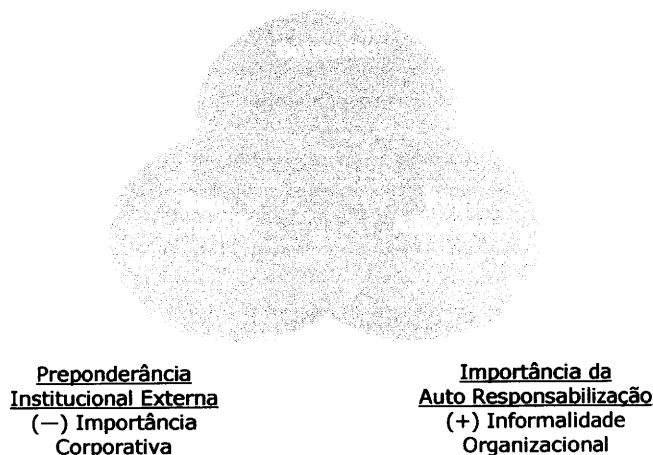


Figura 4
Diagrama da regulação no HUA

5.2 NECESSIDADES DE E PARA A MUDANÇA

5.2.1 O DESAFIO DA QUALIDADE

O sucesso na mudança face (entre outros) ao desafio da qualidade depende – fundamentalmente e porque não decorre de qualquer iniciativa legislativa – da valoração que os actores lhe atribuem e do posicionamento que, em conformidade, assumem perante esse mesmo desafio. Para Chiha (2003), a mudança é um processo subjectivo, função de um dado contexto e, no que concerne aos actores envolvidos, de cariz voluntarista. Da análise da variância dos resultados na escala da qualidade¹ verifica-se, nos Quadros 23, 24 e 25 a não existência de diferença significativa de perspectiva quer em função do grupo profissional quer em função do género ou do grupo etário. Pode assim, mantendo-se o pressuposto já enunciado – algum enviesamento da amostra – ser afastada a preocupação inicial com a sua representatividade.

No sentido de identificar um possível padrão foi efectuada a hierarquização das variáveis originais da escala, através do teste de Friedman que, conforme se pode observar no Quadro 26, revelou de entre os subgrupos de cinco itens mais

¹ Para esta análise, numa tentativa de obter maior abrangência, foram utilizadas duas variáveis: a variável composta traduzida pelo factor mais determinante na AFCP da escala e a variável Índice de Qualidade (construída a partir do somatório dos *scores* de todas as variáveis da escala).

pontuados, por grupo profissional, um conjunto de três itens comuns com excepção do grupo de Administrativos que apenas coincide em dois itens.

Quadro 23
Comparação de resultados sobre a qualidade em função do grupo profissional

	ESTATÍSTICA DE LEVENE	SIGNIF.	ANOVA F	SIGNIF.
Índice de Qualidade	1,051	0,381	0,059	0,993
Factor 1 Qualidade	1,003	0,406	0,253	0,908

Fonte: Inquérito

Quadro 24
Comparação de resultados sobre a qualidade em função do género

	TESTE DE LEVENE PARA IGUALDADE DE VARIÂNCIAS		TESTE T DE STUDENT PARA IGUALDADE DE MÉDIAS	
	F	Signif.	T	Signif. (2-T)
Índice de Qualidade	0,054	0,817	-0,339	0,735
Factor 1 Qualidade	1,292	0,257	-0,194	0,847

Fonte: Inquérito.

Quadro 25
Comparação de resultados sobre a qualidade em função do grupo etário

	ESTATÍSTICA DE LEVENE	SIGNIF.	ANOVA F	SIGNIF.
Índice de Qualidade	7,039	0,000	1,988	0,116
Factor 1 Qualidade	6,716	0,000	2,726	0,45

Fonte: Inquérito.

Quadro 26
Hierarquização dos itens da qualidade por grupo profissional

MÉDICOS	ENFERMEIROS	T.D.T.	T.S.S.	ADMIN.
PQ1	PQ1	PQ1	PQ4	PQ8
PQ4	PQ2	PQ4	PQ8	PQ9
PQ8	PQ4	PQ8	PQ9	PQ14
PQ9	PQ8	PQ9	PQ13	PQ15
PQ13	PQ9	PQ13	PQ14	PQ16

Fonte: Inquérito.

Teste de Friedman – cinco itens mais pontuados.
(PQ4 – Efectividade da prestação de cuidados; PQ8 – Eficiência da prestação de cuidados; PQ9 – Competência profissional dos intervenientes).

A emergência desta divisão não surpreende, antes parece traduzir a realidade observável sem necessidade de grande instrumentação: o subgrupo constituído pelos profissionais de saúde quer da área clínica quer da área social associam, no seu padrão de valoração da qualidade, o elemento *efectividade da prestação de cuidados* (PQ4) aos constituintes nucleares comuns – *eficiência da prestação de cuidados* (PQ8) e *competência profissional dos intervenientes* (PQ9) – enquanto que os profissionais da área administrativa o não fazem provavelmente porque, no seu entendimento, a efectividade não parece depender directamente da sua intervenção.

A hierarquização das respostas a esta escala (a da qualidade), através da AFPC, evidenciou a presença de três factores com capacidade de explicação de 73,1% da variância total (Quadro 27). A estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (0,949) e o valor do teste de Bartlett ($p=0,000$) comprovam a adequação da matriz de correlações para o cálculo da AFPC. No que diz respeito ao contributo de cada variável para a solução factorial, verifica-se que a variável com maior representação é a PQ10 *Existência de um departamento organizacional para a qualidade* sendo a variável PQ6 *Satisfação dos cidadãos* a que detém menor representação (Quadro 28).

Quadro 27
Explicação da variância para a análise da Qualidade

FACTOR	EIGENVALUE	% VARIÂNCIA	% V. ACUMULADA
1	10,483	61,7	61,7
2	1,211	7,1	68,8
3	0,729	4,3	73,1

Fonte: inquérito.
Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

Quadro 28
Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala da Qualidade

PQ10	PQ1	PQ2	PQ11	PQ3	PQ8	PQ4	PQ15	PQ14
0,837	0,826	0,817	0,804	0,788	0,777	0,763	0,729	0,715
PQ9	PQ17	PQ12	PQ5	PQ16	PQ7	PQ13	PQ6	
0,703	0,699	0,696	0,675	0,671	0,653	0,646	0,624	

Fonte: inquérito.
Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

O primeiro factor extraído pela AFCP, com um valor próprio de cerca de 10,5 e capacidade para explicar 61,7% da variância, é composto (em ordem decrescente de correlação) pelas variáveis PQ17 *Participação esclarecida dos cidadãos no plano de cuidados*, PQ9 *Competência profissional dos intervenientes*, PQ14 *Comunicação com os cidadãos e famílias*, PQ16 *Equidade no acesso aos cuidados*, PQ7 *Prevenção do risco na prestação de cuidados*, PQ8 *Eficiência na prestação de cuidados*, PQ6 *Satisfação dos cidadãos*, PQ5 *Avaliação das necessidades e expectativas dos cidadãos* e PQ13 *Considerar a qualidade como um imperativo ético*, caracterizando o constructo da dimensão *Ética nos Serviços de Saúde*, na visão dos profissionais sobre a problemática da qualidade (Quadro 29 e Figura 5).

Um segundo factor, a deter um valor próprio de cerca de 1,2 e que explica 7,1% da variância, é constituído (por ordem crescente de correlação) pelas variáveis PQ1 *Adequação dos cuidados prestados*, PQ2 *Acessibilidade aos cuidados necessários*, PQ3 *Coordenação entre os serviços intervenientes* e PQ4 *Efectividade da prestação de cuidados*, revelando o constructo da dimensão *Efectividade dos Cuidados* (Quadro 29 e Figura 5). Como descrito no Quadro 29, a carga factorial destas variáveis é negativa, isto é, não lhes é reconhecida influência na determinação da qualidade dos serviços de saúde¹.

O elenco de variáveis do terceiro factor², com um valor próprio de cerca de 0,73 e com explicação de 4,3% da variância, é composto pelas variáveis PQ10 *Existência de um departamento organizacional para a qualidade*, PQ11 *Existência de manuais da Qualidade*, PQ15 *Existência de uma política da qualidade traduzida em objectivos* e PQ12 *Sistema de acolhimento de sugestões dos profissionais*, a delimitar o constructo da dimensão *Organização Específica para a Qualidade* (Quadro 29 e Figura 5).

Um dos objectivos centrais do presente estudo prende-se com a intenção de revelar o posicionamento dos actores face ao desafio da qualidade.

¹ Este resultado sugere uma eventual *contaminação* da ideia subjacente à questão colocada «grau de influência na determinação da qualidade dos serviços de saúde» pela visão que os profissionais têm sobre o desempenho desses mesmos serviços.

² O valor próprio é próximo da unidade e a sua presença permite consolidar a interpretação global da escala em causa.

Neste sentido, a reconstrução do *puzzle da qualidade* (Figura 6) sugere a existência de um mecanismo¹ com três núcleos em actividade: os núcleos representativos da valoração da qualidade pelos grupos profissionais e o núcleo, com o qual estes se articulam, representante da dimensão reconhecida como crítica para a qualidade.

Quadro 29
Dimensões da Qualidade: carga factorial

	DQ 1	DQ 2	DQ 3
PQ17 Participação esclarecida dos cidadãos no plano de cuidados.	0,847		
PQ9 Competência profissional dos intervenientes.	0,844		
PQ14 Comunicação com os cidadãos e famílias.	0,826		
PQ16 Equidade no acesso aos cuidados.	0,817		
PQ7 Prevenção do risco na prestação de cuidados.	0,815		
PQ8 Eficiência na prestação de cuidados.	0,798		
PQ6 Satisfação dos cidadãos.	0,781		
PQ5 Avaliação das necessidades e expectativas dos cidadãos.	0,779		
PQ13 Considerar a qualidade como um imperativo ético.	0,778		
PQ1 Adequação dos cuidados prestados.		-0,909	
PQ2 Acessibilidade aos cuidados necessários.		-0,901	
PQ3 Coordenação entre os serviços intervenientes.		-0,880	
PQ4 Efectividade da prestação de cuidados.		-0,869	
PQ10 Existência de um departamento organizacional para a qualidade.			0,910
PQ11 Existência de manuais da qualidade.			0,892
PQ15 Existência de uma política da qualidade traduzida em objectivos.			0,808
PQ12 Sistema de acolhimento de sugestões dos profissionais.			0,796

Fonte: inquérito.

Extracção: rotação Oblimin com normalização de Kaiser.

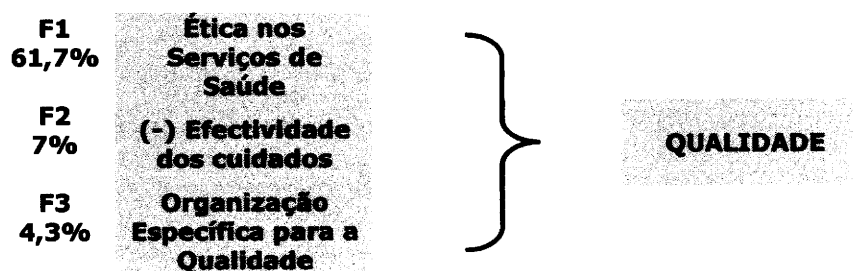


Figura 5
Valoração global da qualidade pelos profissionais.

¹ O sentido de «mecanismo» aqui utilizado não é o do domínio da física – o que implicaria que situações de conflito entre os componentes determinariam a paragem do sistema – mas o da dinâmica de um sistema social em que situações de tensão/conflito determinam ajustamentos entre os actores (Bernoux, sd) sem que o sistema tenha que parar.

Para a análise das questões associadas ao referido objectivo – no domínio da relação entre pessoas, no terreno das relações institucionais e no contexto das relações entre a organização e o meio envolvente – foi elaborada uma matriz de correlações entre o Índice de Qualidade (IQ) e subconjuntos de itens formados pelos mais significativos para cada aspecto particular em análise (Quadros 30, 31 e 32). Quanto à interferência dos quadros de referência ética, a sua análise encontra-se mais detalhada no capítulo 5.3 porque integrada na discussão sobre a *Motivação Não Estratégica*.

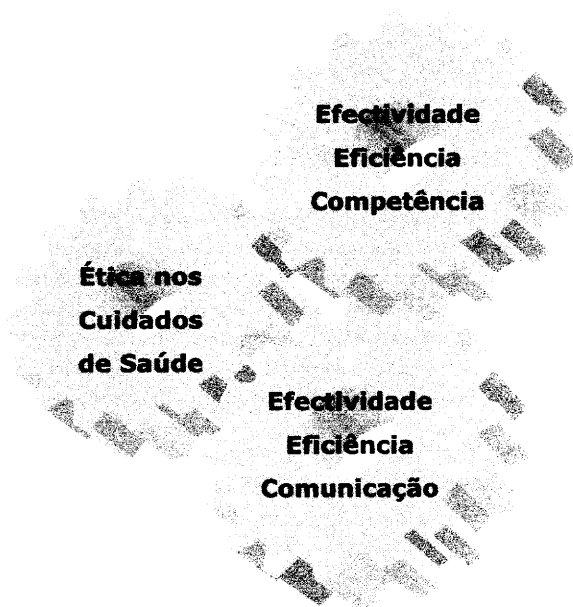


Figura 6
Mecanismo da avaliação da qualidade.

- 1 – Dimensão principal da qualidade (AFCP).
- 2 – Padrão de avaliação da qualidade nos profissionais da área clínica e social (Teste Friedman).
- 3 – Avaliação da qualidade nos profissionais da área administrativa (Teste Friedman).

Quadro 30
Matriz de correlações entre o IQ e as relações entre pessoas

	DAI2	DAI4	DAI1
IQ	0,222	0,320	0,112

Fonte: Inquérito
Correlações significativas apenas para um nível de 0.01.

Da leitura do Quadro anterior, pode admitir-se (embora apenas para um nível de significância de 0.01 e com baixa correlação) que os actores vêem a problemática da qualidade, em termos das relações entre pessoas, mais ligada à autonomia

como sugere o valor da variável DAI4 (a resolução de conflitos interpessoais sem intervenção superior) e DAI2 (a autonomia na função de Gestão de Recursos Humanos) do que à organização formal representada pela variável DAI 1 (a hierarquia formal).

O Quadro 31, sob o mesmo condicionamento (um nível de significância de 0.01 e baixa correlação), permite pensar que os profissionais consideram que a associação entre a qualidade e as relações institucionais é tributária, em termos de benefício, mais das organizações corporativas – variáveis DRI7 (os sindicatos) e DRI6 (as ordens e associações profissionais) – do que das directrizes das instâncias reguladoras externas – variáveis DRI8 (as instâncias comunitárias, UE) e DRI5 (a ERS, entidade reguladora da saúde).

Quadro 31
Matriz de correlações entre o IQ e as relações institucionais

	DRI5	DRI6	DRI7	DRI8
IQ	0,244	0,274	0,281	0,247

Fonte: Inquérito
Correlações significativas apenas para um nível de 0.01.

No Quadro seguinte, mantendo-se o pressuposto (um nível de significância de 0.01 e baixa correlação), é de admitir, como possível, que a importância atribuída pelos profissionais à qualidade, no que concerne ao relacionamento da instituição com o meio envolvente, reside mais na oportunidade de desenvolvimento em parcerias com o exterior face às exigências dos cidadãos – variáveis CC8 (a procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição) e CC1 (uma crescente exigência por parte dos cidadãos) – do que na exigência tecnológica – variável CC3 (a pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior).

Quadro 32
Matriz de correlações entre o IQ e o contexto

	CC1	CC3	CC8
IQ	0,240	0,171	0,213

Fonte: Inquérito
Correlações significativas apenas para um nível de 0.01.

A análise sobre as questões associadas ao objectivo referente à descodificação do posicionamento dos actores face ao desafio da qualidade não parece, deste modo, conclusiva. Não obstante, a ideia recrutável (neste momento) é a de que a impossibilidade de verificação estatística de uma elevada correlação não traduz necessariamente a inexistência de relação entre as variáveis em causa, antes sugere (em primeiro lugar) a presença de deficiências, com alguma frequência residentes no processo de construção do instrumento de recolha de dados. Acrescento a visão de Ferreira (2001: 186) quando afirma que (sem rejeitar o interesse do rigor na administração da prova) "a relevância estatística e a teórica não têm que ser coincidentes."

5.2.2 CAPITAL DE DISPONIBILIDADE

O cariz voluntarista nos actores, a que Chiha (2003) faz referência, alimenta-se, por um lado, da vontade de mudar e, por outro, do reconhecimento de um contexto favorável a essa mesma mudança. Este «capital de disponibilidade» pode, assim, assumir-se como tradução da resultante desse binómio.

A análise da variância (não paramétrica) dos resultados da escala do contexto revela, como se pode verificar no Quadro 33, mostra uma ausência de diferença significativa em termos do reconhecimento de um contexto de mudança, pelos diferentes grupos profissionais, com excepção dos itens *CC5 O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho*, *CC6 O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos* e *CC7 A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais*, o que evidencia consensualidade quanto à existência de oportunidades para inovar.

Quadro 33
Diferenças de opinião, entre grupos profissionais, sobre o contexto

VARIÁVEL	MED	ENF	TDT	TSS	ADM	QUI-QUAD / SIGNIFIC
CC1						12,055 / 0,017
CC2						12,662 / 0,013
CC3						11,332 / 0,023
CC4						13,544 / 0,009
CC5	131,17	153,55	133,23	143,21	190,50	6,039 / 0,196
CC6	126,18	150,49	148,50	157,09	180,36	4,710 / 0,318
CC7	128,57	148,68	143,78	182,53	161,86	5,788 / 0,216
CC8						13,653 / 0,008
CC9						14,236 / 0,007

Fonte: Inquérito.
Análise de Kruskal-Wallis.

A hierarquização de resultados nesta escala, através da AFCP, mostra a latência de três factores com poder para explicar 72,1% da variância total (Quadro 34). A estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (0,881) e o valor do teste de Bartlett ($p=0,000$) asseguram a adequação da matriz de correlações para o cálculo da AFCP. No que se refere ao contributo individual das variáveis em causa para a solução factorial, verifica-se que a variável com maior peso é a CC1 *Uma crescente exigência por parte dos cidadãos* enquanto que a variável com menor representação é a CC6 *O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos* (Quadro 35).

Quadro 34
Explicação da variância para a análise do Contexto

FACTOR	EIGENVALUE	% VARIÂNCIA	% V. ACUMULADA
1	4,645	51,6	51,6
2	1,101	12,2	63,8
3	0,743	8,3	72,1

Fonte: inquérito.
Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

Quadro 35
Contributo individual das variáveis para a solução factorial da escala do Contexto

CC1	CC9	CC5	CC3	CC2	CC7	CC4	CC8	CC6
0,926	0,759	0,748	0,736	0,713	0,678	0,664	0,652	0,613

Fonte: inquérito.
Extracção: Análise Factorial de Componentes Principais.

O primeiro factor extraído através da AFCP, com um valor próprio de cerca de 4,6 e capacidade para explicar 51,6% da variância, é composto (por ordem decrescente de correlação) pelas variáveis CC9 *O acolhimento a novas ideias*, CC8 *A procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição*, CC7 *A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais*, CC5 *O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho*, CC6 *O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos* e CC4 *O estímulo à crítica construtiva* caracterizando, deste modo, o constructo da dimensão *Mudança/Inovação* na caracterização que os profissionais fazem do contexto em que a instituição desenvolve a sua actividade (Quadro 36 e Figura 7).

O segundo factor apresenta um valor próprio de cerca de 1,1 e explica 12,2% da variância. Este factor é composto pelas variáveis CC3 *A pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior* e CC2 *O conhecimento*

dos pressupostos dos modelos de gestão, revelando, na mesma perspectiva, o constructo da dimensão *Pressão Externa* (Quadro 36 e Figura 7).

A extracção do terceiro factor¹, cujo valor próprio é de cerca de 0,7 e que explica 8,3% da variância, é constituído apenas pela variável CC1 *Uma crescente exigência por parte dos cidadãos*, explicitando o constructo da dimensão *Exigências dos Cidadãos* (Quadro 36 e Figura 7).

Quadro 36
Dimensões de Mudança/Inovação: carga factorial

	DMI 1	DMI 2	DMI 3
CC9 O acolhimento a novas ideias.	0,872		
CC8 A procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição.	0,820		
CC7 A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais.	0,812		
CC5 O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho.	0,768		
CC6 O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos.	0,739		
CC4 O estímulo à crítica construtiva.	0,613		
CC3 A pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior.		0,777	
CC2 O conhecimento dos pressupostos dos modelos de gestão.		0,755	
CC1 Uma crescente exigência por parte dos cidadãos.			0,926

Fonte: inquérito.

Extracção: rotação Oblimin com normalização de Kaiser.

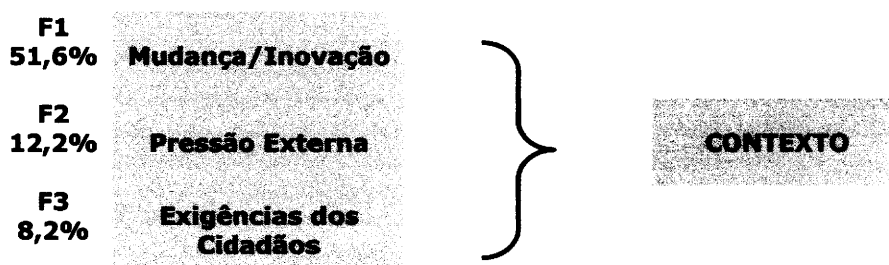


Figura 7
Visão global sobre o contexto na unidade de análise.

¹ Este valor próprio não está demasiado distante da unidade e a sua extracção permite uma interpretação global, da escala em causa, mais consistente.

5.3 POTENCIAL ORIGINAL: MOTIVAÇÃO NÃO ESTRATÉGICA.

De acordo com Chiha (2003), a dinâmica organizacional, centrada na competição para a afectação de recursos, tem produzido no plano macro um ambiente marcado pela incerteza e por momentos de descontinuidade. No domínio das organizações de saúde o panorama é sobreponível: a escassez de recursos, aliada a alguma descontinuidade de política – no que concerne aos modelos de organização/gestão/financiamento – tem alimentado descontinuidades que definem um *status* de mudança constante.

Este potencial original – a inevitabilidade da mudança – pode ser maximizado quando associado à capacidade de a gerir, isto é, conhecendo a disponibilidade dos actores, conseguir a sua participação activa no processo, e a uma leitura continuada das alterações que vão sendo produzidas, no sentido de aprender com a própria mudança.

Na perspectiva de Chiha (2003: 3) “Sem uma força de resistência não se pode falar de uma força de mudança” já que são, no seu entendimento, as diferenças entre os actores que determinam a sua intenção de agir. Contudo, os processos alavancados exclusivamente pelo confronto são, seguramente, desgastantes. Parece, então, legítimo admitir que, no sentido de que tal desgaste não ponha em causa o sucesso da mudança, este (o processo) necessite de um suporte não estratégico.

A motivação assim caracterizada – motivação não estratégica – não podendo contar com o contributo de uma cultura organizacional homogénea (Silva, 1995), parece poder contar com um outro – o da dimensão ética – como sugere o mecanismo de valoração da qualidade (Figura 6) ao integrar o constructo do primeiro factor extraído da AFCP da escala da qualidade, *Ética nos Serviços de Saúde*, com uma capacidade de explicação da variância de 61,7% (Quadro 27), e o padrão de valoração comum aos diferentes grupos dado pela hierarquização de Friedman (Quadro 26), também este a remeter para dimensões de cariz ético na qualidade¹.

¹ Reynaud (1988) sustenta a ideia de que a cultura empresarial se pode traduzir pela existência de “um capital comum de valores” num local de conflitos vários. A questão que agora se pode colocar é a de saber até que ponto a dimensão ética poderá constituir-se, na qualidade de valor comum, como alavanca de uma nova cultura nas organizações de saúde. De acordo com Bilhim (1996: 178), “A cultura organizacional apresenta-se como uma percepção comum aos membros de uma determinada organização e um sistema partilhado de significados que se consubstancia num conjunto de normas, valores e crenças que distinguem uma organização de outra.” Neste sentido, parece legítimo admitir que a dimensão ética e o universo de normas e valores que lhe subjazem possam definir uma das marcas distintivas das organizações de saúde.

Na procura de um modelo explicativo que permitisse consolidar o raciocínio anterior, a opção recaiu sobre a análise de regressão (Bryman e Cramer, 1992; Silva, 2003 e Maroco, 2003) – como forma de explicitar a modelação de uma variável em função do comportamento de outra(s) – em que a variável dependente seleccionada foi o Índice de Qualidade (IQ) e o elenco de variáveis com valor preditivo para o modelo de explicação se constituiu (pelo método de stepwise) a partir do conjunto de factores extraídos pela AFCP para a escala da qualidade (Quadro 37).

Quadro 37
Relação entre qualidade e ética

R	R ²	ANOVA F	SIG.	BETA STAND.	SIG.
0,945	0,893	2320,459	0,000	F1 PQ - 0,945	0,000

Fonte: Inquérito.
 Extracção: Análise de Regressão, método de stepwise.

A análise destes resultados permite inferir que existe uma forte correlação (0,945) entre a variável dependente (IQ) e a variável retida (F1 PQ) – primeiro factor da extracção pela AFCP para a escala da qualidade. O modelo de regressão mostra, também, uma elevada adequação (0,893) para explicitar a modelação que se procura averiguar entre as variáveis em causa. Finalmente, a variável retida (F1 PQ) exhibe uma elevada capacidade preditiva (0,945) sobre o comportamento da variável dependente (IQ), o que parece sustentar a afirmação de que a dimensão ética se apresenta como factor crítico da *motivação não estratégica*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade do presente estudo, inicialmente traduzida pela definição do objectivo central – descodificar o sistema de regulação de uma organização de saúde (no caso presente, um hospital do SNS) – determinou a construção de um modelo de análise para tal objectivado no sentido de revelar a lógica de acção dos actores perante o desafio da construção da qualidade organizacional.

Esta construção evoluiu a partir de um núcleo teórico fundamental – a perspectiva de análise estratégica – suportado pelas teses de Crozier e Friedberg (1977) e Bernoux (sd), a que se associou a visão organizacional numa perspectiva mais recente – a de Strati (2000). A um nível mais periférico e complementar – o da mudança/ inovação representado pelas teses de Amblard et al (1996) e Friedberg (1995) – foram recrutadas as teses de Carapinheiro (1993) e Silva (1995) no sentido de contextualizar o estudo na área respectiva: a área da saúde.

À arquitectura do modelo de análise edificada segundo três eixos fundamentais – o eixo do contexto de mudança, o eixo do sistema de regulação e o eixo de valoração da qualidade – subjaz um protocolo de análise de dados de base quantitativa que revelou, como principal limitação, alguns achados com baixas correlações. Não obstante, o capital de conhecimento próprio da realidade organizacional, acumulado pela experiência de mais de vinte anos de trabalho neste tipo de organizações, permitiu o aproveitamento da produção extensiva dada pelo instrumento de recolha de dados.

Deste modo e com base nos resultados obtidos, a partir de um protocolo alicerçado em três fases – uma fase de explicitação e classificação por AFCP, uma fase subsequente de comparação de posicionamentos por Hierarquização e Análise de Variância e uma fase final de explicação por Análise de Regressão – foi possível aceder a duas evidências de base empírica, a saber: em primeiro lugar foi possível demonstrar a existência de um *capital de disponibilidade* para a mudança cujo não recrutamento pode explicar o insucesso do recurso persistente à mudança por decreto; foi, também, possível identificar uma *dimensão não estratégica* na lógica de acção dos actores que deve ser tida em conta como factor de potenciação da mudança.

De facto, o sistema de regulação do HUA, traduzido por uma visão que engloba a dimensão institucional externa e a auto responsabilização dos profissionais como elementos fundamentais da sua construção, não refuta a interpretação anterior confirmando a capacidade de explicação do modelo de análise: a atribuição de valor significativo à componente institucional externa é congruente com o reconhecimento de um contexto de mudança/ inovação com origem na dimensão macro, o exterior. Por outro lado, a eleição da componente de auto responsabilização dos profissionais concorda com a evidência de uma dimensão não estratégica (e a ela associada) na lógica de acção destes actores – a dimensão ética, (Quadro 38) – o que confirma a hipótese teórica inicial: a dimensão ética tem expressão significativa no domínio da lógica de acção dos actores.

Quadro 38
Resumo dos achados da grelha de análise.

<u>DIMENSÃO ANALISADA</u>	<u>FACTOR CRÍTICO IDENTIFICADO</u>	<u>EXPL. VARIÂNCIA NA DIMENSÃO</u>
CONTEXTO	MUDANÇA / INOVAÇÃO	51,6%
REGULAÇÃO CONTROLO	INSTITUCIONAL EXTERNA	35,4%
REGULAÇÃO AUTÓNOMA	AUTO RESPONSABILIZAÇÃO	34,6%
QUALIDADE	ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	61,7%

Fonte: Inquérito.

Tal evidência não permite, contudo, um conforto exagerado, antes demonstra que se torna (por isso mesmo) necessária a produção de mais e melhor estudo sobre a vida organizacional na área da saúde no sentido de desocultar os factores que podem facilitar a missão das respectivas organizações: os factores associados ao potencial humano. A este propósito parece interessante recordar o pensamento de Friedberg (1992: 542) acerca dos sistemas de acção concreta sobre os quais afirma disporem de "actores que se encontram em posição de árbitro entre os interesses conflituais dos participantes e que (...) asseguram (...) uma parte da regulação

procedendo aos ajustamentos e equilíbrios entre actores sem os quais o sistema se debilitaria.”¹

A segmentação da actividade, a ultra diferenciação que, por vezes, se atinge em alguns departamentos/serviços hospitalares e alguma dificuldade na definição e acompanhamento dos fluxos de informação, são factores em relação aos quais se identifica claramente o elemento comum: o elemento humano. Como afirma Chiha (2003: 4) “a acção de empreender a mudança, estabilizar ou nada fazer é principalmente tributária da percepção dos actores...”²

É, também, necessário mais e melhor estudo com a finalidade de aumentar a capacidade metodológica (instrumental) de leitura da realidade organizacional no sentido de, respondendo ao desafio de reconstrução metodológica que se coloca à sociologia (Silva, 2004), aprofundar o seu conhecimento. Uma vez que o clima de mudança interfere com estratégias e poderes estabelecidos, a capacidade de perceber a situação e avaliar o *capital de disponibilidade* para a mudança é fulcral para o seu sucesso.

Neste sentido, a replicação do estudo de caso parece, no imediato, a melhor estratégia para evoluir no sentido instrumental, dito metodológico. Para tal torna-se necessário, face às limitações encontradas, cumprir dois objectivos fundamentais: o primeiro será o de melhorar a qualidade do instrumento de recolha de dados e o segundo o de complementar os resultados obtidos com uma abordagem intensiva, sob a forma de entrevistas semi-directivas a efectuar junto dos que Chiha (2003) designa por “protagonistas da mudança organizacional”, as chefias intermédias. A importância destes protagonistas reside fundamentalmente no facto de serem estes os que melhor conhecem o que Jane Marceau e Ester Basri (2001) designam por «pontos-chave de controlo da situação» a propósito da eficácia de intervenções de decisores públicos no sentido da obtenção de sucesso no domínio da inovação organizacional.

Como diz Friedberg (1995: 351) “«Pilotar» o processo de mudança também significa levar os membros do sistema a fazerem a sua aprendizagem.” Acresce que um dos desafios fundamentais consiste na capacidade de integrar realidades

¹ “des acteurs qui se trouvent en position d’arbitre entre les intérêts confluents des participants et qui (...) assurent (...) une partie de la régulation en opérant les ajustements et équilibrages sans lesquels le système s’écroulerait.”

² “l’action entreprise pour changer, pour stabiliser ou pour ne rien faire est principalement tributaire de la perception des acteurs...”

organizacionais com diferentes níveis de inovação (Marceau e Basri, 2001) como é o caso dos Centros de Saúde e Hospitais.

Assim, e tendo como horizonte anunciado pela actual tutela – em termos dos eixos principais da modernização do Serviço Nacional de Saúde – a generalização do modelo experimental de Unidade Local de Saúde (ULS)¹ iniciado em Matosinhos, a sugestão fundamental vai no sentido da criação, ao nível da estrutura de dimensão e influência regional – a Administração Regional de Saúde (ARS) – de um grupo de trabalho responsável pela concepção, implementação e acompanhamento junto das ULS's de planos de desenvolvimento organizacional que contemplem o factor crítico já referido: a avaliação do *capital de disponibilidade*, no sentido de definir a estratégia, adequada a cada caso, de promoção da participação efectiva dos actores envolvidos.

A experiência adquirida por este processo facilitará a sua replicação, sob adaptação à realidade das diversas unidades de saúde, numa estratégia de estudo de caso múltiplo. O interesse instrumental desta abordagem reside no facto de permitir, por um lado, aprender com o processo e, por outro, desenvolver uma matriz de acompanhamento permanente da mudança, sob um horizonte de melhoria da qualidade. Esta, quer como resultado quer como processo, depende, em primeiro lugar, do grau de adesão de todos os actores intervenientes e, seguidamente, do nível de formação dos mesmos.

Uma outra sugestão, na sequência da anterior, diz respeito à resposta ao desafio da construção da qualidade organizacional. Uma vez demonstrada a existência de uma dimensão não estratégica subjacente à lógica de acção dos actores – a dimensão ética – parece relevante que a mesma seja considerada como instrumento fundamental na formação continuada dos profissionais. Simplificando, o nível de desenvolvimento organizacional que aqui se ambiciona tem como objectivo principal a qualidade e como alavanca a ética. Ao eleger-se a qualidade como aspecto central da formação, pode e deve evoluir-se para a demonstração de que *a qualidade não é um mero efeito burocrático*.

¹ A designação de ULS refere-se a um elenco de recursos (unidades prestadoras de cuidados de saúde: hospitais, centros de saúde, institutos, entre outros) articulados entre si e cuja organização assenta em critérios relativos à sua localização e à demografia respectiva. Este modelo pressupõe a gestão da capacidade instalada no sentido de responder às necessidades identificadas junto da comunidade onde se inserem (Direcção-Geral da Saúde, 1998).

Esta orientação, porque não depende de uma cultura homogénea (que não existe entre os profissionais de saúde, como já foi referido) permitirá, contudo, alcançar o desígnio da qualidade ao basear-se no achado comum entre os mesmos – o reconhecimento transversal da importância da dimensão ética como factor estruturante da relação entre os profissionais e os cidadãos que a estes recorrem. Fica, assim, definido umnexo de ligação entre a análise e a acção.

Do ponto de vista da investigação concreta, o desafio crítico que, deste modo se coloca, é o da construção de indicadores que permitam criar novos sistemas de informação e monitorizar a melhoria da qualidade.

BIBLIOGRAFIA

- ABALLEA, François (2003). Comptes rendus. **Sociologie du travail**. 45: 555-592. Elsevier SAS.
- ALBARELLO, Luc et al (1997). **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva.
- ALMEIDA, Leandro S; FREIRE, Teresa (2000). **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. Braga: Psiquilíbrios.
- ALMEIDA, J.F.; PINTO, J.M. (2001: 1.ª ed. 1986). Da teoria à investigação empírica. In SILVA, Augusto S; PINTO, José M. **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento.
- ALTER, Norbert (1996). **Sociologie de l'entreprise et de l'innovation**. Paris: PUF.
- AMBLARD, Henri et al (1996). **Les nouvelles approches sociologiques des organisations**.
- ARON, Raymond (2000, 6.ª ed). **As etapas do pensamento sociológico**. Lisboa : Publicações D. Quixote.
- AZENCOT, Sandrine (1995). La qualité dans la santé. **Qualité en mouvement**. 23 : 27 – 40. Paris : MFQ.
- AZEVEDO, Mário (2003). **Teses, relatórios e trabalhos escolares – sugestões para estruturação da escrita**. Lisboa : Universidade Católica Editora.
- BARBALET, J.M. (1996). Social emotions : confidence, trust and loyalty. **International Journal of Sociology and Social policy**. Vol 16 : 9/10.
- BARDIN, Laurence (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith (1997). **Como realizar um projecto de investigação**. Lisboa: Gradiva.
- BERNOUX, Philippe (s.d.). **A sociologia das organizações**. Porto: RÉS-Editora.
- BISCAIA, José L. (2001). Descodificar a qualidade. In Encontro Qualidade e Saúde. Braga: APQ.
- BILHIM, João Abreu de Faria (1996). **Teoria organizacional – estruturas e pessoas**. Lisboa: ISCSP.
- BOURDIEU, Pierre (1989). **O poder simbólico**. Lisboa: Difel.
- BRAGA, Domingos A. (2000). A cultura e o desenvolvimento social da empresa. In RAMOS, Francisco; SILVA Carlos A.; MARUJO, Noémi (coords). **Homenagem ao Professor Augusto da Silva**. Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora.
- BREAKWELL, G.M.; HAMMOND, S.; FIFE-SCHAW, C. (1995). **Research methods in Psychology**. London: Sage.

- BRYMAN, Alan; CRAMER, Duncan. (1992). **Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS.** Oeiras: Celta Editora.
- BURRELL, Gibson; MORGAN, Garret (1994). **Sociological paradigms and organizational analysis.** Hampshire: Arena.
- CABIN, Philippe, coord (1999). **Les organizations – état des savoirs.** Auxerre: Sciences Humaines Éditions.
- CABRAL, Manuel Villaverde (2002). **Saúde e doença em Portugal.** Lisboa: ICS.
- CAMPENHOUDT, Luc Van (2003). **Introdução à análise dos fenómenos sociais.** Lisboa: Gradiva.
- CARAPINHEIRO, Graça (1986). A saúde no contexto da sociologia. In OLIVEIRA, J.M. Paquete. **Sociologia: problemas e práticas.** Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- ___ (1993). **Saberes e poderes no hospital.** Porto: Edições Afrontamento.
- CARVALHO, Adão (2004). O que é a inovação? **Economia e Sociologia.** 77. Évora: Gabinete de Investigação e Acção Social do ISESE.
- CASTEL, Patrick; MERLE, Yvonne (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. **Sociologie du Travail.** 44: 337-355. Elsevier SAS.
- CASTRO, Carlos N. (2001). Perspectivar a qualidade. In Encontro Qualidade e Saúde. Braga: APQ.
- CHIHAI, Gaha (2003). Les protagonistes du changement organizationel. **Esprit Critique.** Été 2003. 5 (3).
- CHRISTO, Filipa H. (1991). Reflexões sobre a gestão para a qualidade num serviço de saúde. In 2.º Congresso da qualidade em serviços. Lisboa: APQ.
- ___ (1998). Políticas da qualidade. **Qualidade e saúde.** 49, Maio/Junho: 5-8. Caparica: Qualirama/IPQ.
- ___ (2001). Qualidade e saúde. **Qualirama.** N.º 49 – Maio/Julho. Caparica: IPQ.
- ___ (2004). Qualidade é rigor. **Qualidade em Saúde.** N.º 9 – Janeiro/Março. Lisboa : IQS.
- CLEGG, Stewart (1998-I). **As organizações modernas.** Oeiras: Celta Editora.
- ___ (1998-II). Foucault, power and organizations. In McINLAY, Alan; STARKEY, Ken. **Foucault, management and organization theory.** London: Sage.
- CORREIA, José A. M. (1994). A qualidade nos serviços de saúde. In Fórum da Qualidade. Porto: APQ.
- COSTA, António F (2001: 1.ª ed. 1986). A pesquisa de Terreno em sociologia. In SILVA, Augusto S; PINTO, José M. **Metodologia das ciências sociais.** Porto: Edições Afrontamento.

- CRESWELL, John W. (2003). **Research design – qualitative, quantitative and mixed approaches**. London: Sage Publications.
- CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard (1977). **L'acteur et le système**. Paris : Éditions du Seuil.
- DESOMBRE, Terry ; ECCLES, Gavin (1998). Improving service quality in NHS Trust hospitals: lessons from the hotel sector. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 11 (1): 21-26. MCB University press.
- DONABEDIAN, Avedis (1982). **Explorations in quality assessment and monitoring – Vol II**. ANN Arbor, Michigan : Health Administration Press.
- DURKHEIM, Émile (1998, 3.^a ed. 1987). **As regras do método sociológico**. Lisboa : Editorial Presença.
- EGGLI, Yves ; HALFON, Patricia (2003). A conceptual framework for hospital quality management. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 16(1): 29-36.
- FERREIRA, Virgínia (2001: 1.^a ed. 1986). O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In SILVA, Augusto S; PINTO, José M. **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento.
- FIFE-SCHAW, Chris (1995). Surveys and sampling issues. In BREAKWEL, G.M.; HAMMOND, S.; FIFE-SCHAW, Chris. **Research Methods in Psychology**. London: Sage.
- FLOOD, Ann Barry; FENNELL, Mary L (1995). Through the lenses of organizational sociology: The role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. **Journal of Health and Social Behavior**. Albany.
- FREITAS, Costa (2000). Para uma fundamentação ontológica da ética. Arquipélago – Série Filosofia. 7: 17-24. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- FRIEDBERG, Erhard (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. **Revue Française de Sociologie**. 33: 531-557.
- (1995). **O poder e a regra – dinâmica da acção organizada**. Lisboa: Instituto Piaget.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2001 : 1.^a ed. 1992). **O inquérito – teoria e prática**. Oeiras: Celta editora.
- GODFREY, A. Blanton; BERWICK, M.; ROESSNER, Jane (1994). Can quality management really work in health care? In 1st European Conference on quality health care. Zurique: EOQ.
- GOLDMAN, Lucien (1972). **Dialéctica e ciências humanas I**. Lisboa: Editorial Presença.
- (1981). Epistemologia da sociologia. In Piaget, Jean. **Lógica e conhecimento científico**. Porto: Livraria Civilização – Editora.

GONNET, Françoise (1992). **L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail.** Paris : Éditions Lamarre.

HURST, Keith (1992). Specifying quality in health and social care. **Quality assurance in health care.** Oxford : ISQAHC.

IMPERATORI, Emílio (1988). Estratégia de implementação da garantia de qualidade nos serviços de cuidados de saúde primários. In I Congresso Ibérico da qualidade. II vol : 53-64. Estoril : APQ/AEC.

___ (1998). Voluntariado, humanização e qualidade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Vol 16 :2 – Abril/Junho.

___ (1999). **Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde : glossário.** Lisboa : Edinova.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE (2000). **ISO 9000 para serviços de saúde.** Caparica : IPQ.

JUSTO, Cipriano (1993). **Critérios consensuais da qualidade de desempenho dos Centros de Saúde : metodologia da combinação de Técnica de Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade.** Porto : (sn).

KATZ, Jacqueline M. ; GREEN, Eleanor (1997). **Managing quality – a guide to system-wide performance in health care.** St. Louis : Mosby-Year Book.

KOVÁCS, Ilona (1998). Participação e competitividade. In KOVÁCS, Ilona; CASTILLO, Juan J. (1998). **Novos modelos de produção.** Oeiras: Celta Editora.

LYOTARD, Jean-François (1999 : 1.^a ed. 1954). **La phénoménologie.** Paris : PUF.

MARCEAU, Jane; BASRI, Ester (2001). Translation of innovation systems into industrial policy : the healthcare sector in Australia. **Industry and Innovation.** 8(3): 291-308.

McNAIR, C.J. ; LEIBFRIED, Kathleen H.D. (1992). **Benchmarking – a tool for continuous improvement.** Toronto : John Wiley & Sons.

MEZOMO, João C. (2001). **Gestão da qualidade na saúde – princípios básicos.** São Paulo : Manole.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997;1999). **Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século, 1998-2002.** Lisboa: DGS.

___ (1998). **Breviário dos Sistemas Locais de Saúde.** Lisboa: DGS.

___ (1998). **O Hospital Português.** Lisboa: DGS.

___ (1999). **Instituto da Qualidade em Saúde.** Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril. Lisboa.

___ (1999). **Qualidade organizacional hospitalar – protocolo IQS/KFHQS.**

___ (2001). **Rede de referência hospitalar de infecciologia.** Lisboa: DGS.

- ___ (2003). **Plano Nacional de Saúde** – orientações estratégicas. Lisboa.
- MOISDON, Jean-Claude (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. **Sociologie du travail**. 42: 31-49. Elsevier SAS.
- MORIN, Edgar (1990).
- MUCCHIELLI, Alex (1999). Soigner l'hôpital. In CABIN, Philippe (coord). **Les organisations – état des savoirs**. Auxerre : Sciences Humaines Éditions.
- NEVES, José G. (2000). **Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos**. Lisboa: Editora RH.
- NOGGUEIRA, Roberto P. (1994). **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- NUNES, Rui M L (2002). **Bioética e deontologia profissional**. Coleção Bioética Hoje – IV. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- ___ (2005). **Regulação da Saúde**. Porto: Vida Económica.
- NUNES, Rui; REGO, Guilhermina (2002). **Prioridades na saúde**. Lisboa: McGraw-Hill.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Relatório de Primavera 2003**. Lisboa: ENSP.
- ___ **Relatório de primavera 2004**. Lisboa: ENSP.
- OLIVEIRA, Isabel B. (1998). **Melhoria contínua nas organizações de prestação de Cuidados de Saúde**. Lisboa: CEM.
- PIOTET, Françoise; SAINSAULIEU, Renaud (1994). **Méthodes pour une sociologie de l'entreprise**. Paris: FNSP & ANACT.
- PISCO, Luís ; BISCAIA, José L. (1999). Avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde (MoniQuOr). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol 17 :1 – Janeiro/Junho.
- PISCO, Luís A.C. (1999). **Qualidade organizacional hospitalar – Protocolo IQS/KFHQS**. Lisboa: IQS.
- ___ (2001). Qualidade na saúde. **Qualidade**. Verão 2001 – n.º 2. Amadora : APQ.
- ___ (2003). Cultura de Qualidade nos Serviços de Saúde. **Qualidade em Saúde**. N.º 8 – Outubro/Dezembro. Lisboa : IQS.
- POMEY, Marie-Pascale et al (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 17(3):113.124. Emerald Group Publishing.
- PURTILLO, Ruth B (2000). Thirty-first Mary McMillan Lecture – A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. **Physical Therapy**. 80(11): 1112-1119. USA: American Physical Therapy Association.
- RAMOS, Vitor (2003). Regulação na saúde... falhas de mercado e falhas de Estado. OPSS: www.observaport.org (2004-01-24).

- REED, Michael (1992). **The sociology of organizations. Themes, perspectives and prospects**. Londres: Harvester, Wheatsheaf.
- REIMÃO, Cassiano (2000). Ética, valores e acção educativa. **Arquipélago** – Série Filosofia, 7: 163-176. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- REIS, Vasco P. ; FALCÃO, Eva (2003). Hospital público português : da crise à renovação ? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol 21 :2 – Julho/Dezembro.
- REYNAUD, Jean-Daniel (1988). Les régulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome. **Revue Française de Sociologie**. 29 :5-18.
- ____ (1997). **Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale**. Paris: Armand Colin, XIII-XIX: 69-97.
- RODRIGUES, Luís A.C., coord (2002). **Compreender os recursos humanos do SNS**. Lisboa: Colibri/Apifarma.
- SALE, Diana (1998). **Garantia de qualidade nos cuidados de saúde**. Lisboa: Principia.
- SANTOS, Boaventura Sousa (2002:1.^a ed. 1987). **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento.
- SARAGOÇA, José M.L. (2004). Epistemologia da sociologia – apontamentos para a sua compreensão. **Economia e Sociologia**: 77. Évora: Gabinete de Investigação e Acção Social do Instituto Superior Económico e Social de Évora.
- SERRANO, Pedro (1996) **Redacção e apresentação de trabalhos científicos**. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- SETBON, Michel (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? **Sociologie du travail**. 42: 51–68. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. (2001, 1.^a ed. 1986). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento.
- SILVA, Caldeira (1993-I). Valor da crise ou crise de valores nas reformas dos sistemas de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol 11 :3 – Julho/Setembro.
- ____ (1993-II). Um paradigma novo para os sistemas de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol 11 :4 – Outubro/Dezembro.
- SILVA, Carlos A (1995). **Centros de saúde: cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional – estudo de caso de três centros de saúde do distrito de Beja**. Tese de Mestrado. Évora: Universidade de Évora – Departamento de Sociologia.
- ____ (2001). **(Re) Pensar os paradoxos da participação directa e as suas implicações na enfermagem – hospitais e centros de saúde do Alentejo**. Tese de Doutoramento. Évora: Universidade de Évora – Departamento de Sociologia.

- (2002). (Re)Criar a ideia de habitus e campo social na encruzilhada das identidades profissionais na saúde. **Economia e Sociologia**: 74. Évora: Gabinete de Investigação e Acção Social do Instituto Superior Económico e Social de Évora.
- (2003). **ABC do SPSS for Windows – Introdução ao tratamento de dados em ciências sociais**. Monsaraz: ADIM.
- (2004-I). **O labirinto da enfermagem – participação e profissionalismo**. Lisboa: Colibri.
- (2004-II). **Reencontro com o mundo organizacional**. Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora.
- STRATI, António (2000). **Theory and method in organization studies**. London: Sage.
- VALA, Jorge (2001). A análise de conteúdo. In SILVA, Augusto S; PINTO, José M. **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento.
- VALA, Jorge et al (1995). **Psicologia social das empresas – estudos em empresas portuguesas**. Oeiras: Celta Editora.
- VILLETTE, Michel (1999). Comment aborder librement l'étude d'une entreprise? In CABIN, Philippe (coord.). **Les organisations – état des savoirs**. Auxerre : Sciences Humaines Éditions.
- VUORI, Hannu (1999). Development of quality assurance in health care. In 43.º Congresso da EOQ. Madrid: EOQ.
- YIN, Robert K. (1994). **Case study research – design and methods**. London: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO 1	Questionário – versão pré-teste. Matriz de codificação das escalas. Resultados da análise de consistência das escalas. Relatório da análise do pré-teste.....	104
ANEXO 2	Questionário – versão final. Matriz de codificação das escalas. Resultados da análise de fiabilidade e de consistência das escalas.....	131
ANEXO 3	Análise de dados – estatística descritiva.....	157
ANEXO 4	Análise de dados – estatística inferencial. Análise factorial de componentes principais das escalas.....	164
ANEXO 5	Análise de dados – estatística inferencial. Comparação de posicionamentos dos respondentes: estudo não paramétrico de diferenças; análise de variância.....	174
ANEXO 6	Análise de dados – estatística inferencial. A qualidade: hierarquização não paramétrica; análise de variância; análise de regressão.....	182
ANEXO 7	Documentação do estudo: pedido de autorização; homologação da autorização.....	197

ANEXO 1

Questionário – versão pré-teste.

Matriz de codificação das escalas.

Resultados da análise de fiabilidade das escalas.

Relatório da análise do pré-teste.

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DE TESE DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA: José Luís Coelho, Maio 2004.

O presente estudo tem como finalidade *conhecer* a percepção dos profissionais sobre a problemática da **qualidade dos serviços de saúde**, e a sua **lógica de acção** perante o desafio que actualmente a todos se coloca: o da **construção da qualidade organizacional** dos referidos serviços.

Neste sentido, a sua **colaboração assume especial importância**, sendo imprescindível para a prossecução do estudo. Não havendo respostas certas ou erradas, a melhor forma de colaborar consiste em *responder com espontaneidade*. De acordo com o *protocolo ético*, que integra este estudo, o **anonimato e a confidencialidade são garantidos**, pelo que os exemplares não estão codificados.

Porque o seu tempo é importante, desde já **agradeço a colaboração**.

O presente questionário é constituído por três partes, apresentadas em quatro páginas numeradas. A primeira parte destina-se à caracterização dos inquiridos; a segunda parte diz respeito à visão global sobre os profissionais e sobre a instituição; a terceira parte é dirigida à percepção sobre a qualidade em saúde. Uma breve instrução de preenchimento é apresentada no início de cada parte.

Esta é uma versão de teste pelo que deve utilizar a página 5 (exclusiva desta versão) para anotar comentários e/ou sugestões.

.....

PARTE I

Nas questões em que se apresenta caixa de resposta, por favor **coloque uma cruz** a assinalar a resposta que corresponde ao seu caso. Nas questões relativas à antiguidade, por favor discrimine a unidade de tempo: anos, meses ou (eventualmente) dias.

Grupo profissional Médico
Enfermagem
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
Farmacêutico
Psicologia
Serviço Social
Administrativo

Idade _____ **Sexo** Masculino
Feminino

Antiguidade na profissão _____ **Habilitação** Licenciatura
Bacharelato
12.º Ano
Outro

Antiguidade na instituição _____ **Qual** _____

Nacionalidade _____

PARTE II

Neste conjunto de questões **assinale com um círculo**, numa escala de **1: não caracteriza a 5: caracteriza plenamente**, a graduação que melhor define, na sua opinião, o contexto em que a instituição desenvolve a actividade.

(1-não; 2-ligeiramente; 3-parcialmente; 4-substancialmente; 5-plenamente)

	1	2	3	4	5
A troca de informações com a comunicação social.	§	§	§	§	§
Uma crescente exigência por parte dos cidadãos.	§	§	§	§	§
O reconhecimento do desempenho, pelos cidadãos.	§	§	§	§	§
A pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior.	§	§	§	§	§
O conhecimento dos pressupostos dos modelos de gestão.	§	§	§	§	§
O estímulo à crítica construtiva.	§	§	§	§	§
Uma cultura de inovação dos Serviços de Saúde.	§	§	§	§	§
O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho.	§	§	§	§	§
A recompensa de acordo com o desempenho profissional.	§	§	§	§	§
A existência de uma massa crítica de profissionais interessados na mudança.	§	§	§	§	§
O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos.	§	§	§	§	§
A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais	§	§	§	§	§
A procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição.	§	§	§	§	§
O acolhimento a novas ideias.	§	§	§	§	§

Neste conjunto de questões **assinale com um círculo**, numa escala de **1: sem importância a 5: importância decisiva**, a graduação que melhor define, na sua opinião, o tipo de relações institucionais.

(1-sem; 2-escassa; 3-alguma; 4-muita; 5- decisiva)

	1	2	3	4	5
Ministério da Saúde.	§	§	§	§	§
ARS (Administração Regional de Saúde).	§	§	§	§	§
Poder local.	§	§	§	§	§
Associações de doentes.	§	§	§	§	§
ERS (Entidade Reguladora de Saúde).	§	§	§	§	§

Continuação: 1-sem importância; 2-escassa; 3-alguma; 4-muita; 5- importância decisiva

	1	2	3	4	5
Ordens e Associações Profissionais.	§	§	§	§	§
Sindicatos.	§	§	§	§	§
Instâncias comunitárias (União Europeia).	§	§	§	§	§
Os seus superiores hierárquicos.	§	§	§	§	§
Os profissionais por si próprios.	§	§	§	§	§

Neste conjunto de questões **assinale com um círculo**, numa escala de **1: nunca ocorre** a **5: ocorre sempre**, a graduação que melhor define, na sua opinião, a dinâmica da instituição.

(1-nunca; 2-raramente; 3-algumas vezes; 4- muitas vezes; 5-sempre)

	1	2	3	4	5
A participação no processo de tomada de decisões.	§	§	§	§	§
Os superiores hierárquicos assumem a defesa dos seus subordinados.	§	§	§	§	§
A instituição interfere no conteúdo funcional dos profissionais.	§	§	§	§	§
As chefias evidenciam abertura a críticas.	§	§	§	§	§
O valor principal traduz-se pela obediência às normas estabelecidas.	§	§	§	§	§
A rigidez na interacção entre os diversos actores (profissionais).	§	§	§	§	§
O respeito pela autoridade legalmente estabelecida, da parte dos profissionais.	§	§	§	§	§
A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativas (de ordens, sindicatos, associações profissionais).	§	§	§	§	§

Neste conjunto de questões **assinale com um círculo**, numa escala de **1: não define** a **5: define claramente**, a graduação que melhor define, na sua opinião, o ambiente da instituição.

(1-não; 2-ligeiramente; 3-parcialmente; 4-substancialmente; 5-claramente)

	1	2	3	4	5
A hierarquia formal.	§	§	§	§	§
A autonomia na função de Gestão de Recursos Humanos.	§	§	§	§	§
Um modelo objectivo de avaliação de desempenho.	§	§	§	§	§
A resolução de conflitos interpessoais sem intervenção superior.	§	§	§	§	§
A auto-responsabilização para a prossecução dos objectivos.	§	§	§	§	§
A organização do trabalho dependente do modelo de gestão.	§	§	§	§	§

Continuação: 1-não define; 2-discretamente; 3-parcialmente; 4-substancialmente; 5-define claramente

	1	2	3	4	5
Os contactos informais.	§	§	§	§	§
As regras formalmente impostas.	§	§	§	§	§
A adesão dos profissionais, sem reservas, às normas estabelecidas.	§	§	§	§	§
A prevalência das regras informais.	§	§	§	§	§
O recurso dos profissionais às suas organizações (ordens, sindicatos, associações profissionais).	§	§	§	§	§

PARTE III

Neste conjunto de questões **assinale com um círculo**, numa escala de **1: sem influência a 5: influência determinante**, a graduação que melhor define, na sua opinião, o conjunto de factores que determinam a qualidade nos serviços de saúde.

(1-sem; 2-ligeira; 3-parcial; 4-substancial; 5-determinante)

	1	2	3	4	5
Adequação dos cuidados prestados.	§	§	§	§	§
Acessibilidade aos cuidados necessários.	§	§	§	§	§
Coordenação entre os serviços intervenientes.	§	§	§	§	§
Efectividade da prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Avaliação das necessidades e expectativas dos cidadãos.	§	§	§	§	§
Satisfação dos cidadãos.	§	§	§	§	§
Prevenção do risco na prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Eficiência da prestação de cuidados.	§	§	§	§	§
Competência profissional dos intervenientes.	§	§	§	§	§
Existência de um departamento organizacional para a qualidade.	§	§	§	§	§
Existência de manuais da qualidade.	§	§	§	§	§
Sistema de acolhimento de sugestões dos profissionais.	§	§	§	§	§
Considerar a qualidade como um imperativo ético.	§	§	§	§	§
Comunicação com os cidadãos e famílias.	§	§	§	§	§
Existência de uma política da qualidade traduzida em objectivos.	§	§	§	§	§
Equidade no acesso aos cuidados.	§	§	§	§	§
Participação esclarecida dos cidadãos no plano de cuidados.	§	§	§	§	§

Muito obrigado.

COMENTÁRIOS / SUGESTÕES

Muito obrigado.

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO DAS ESCALAS PARA A VERSÃO PRÉ-TESTE.

ESCALA NO QUESTIONÁRIO	PERGUNTA CONCRETA	DIMENSÃO DE ANÁLISE
Escala 1 Caracterização dos inquiridos Criada para o inquérito	CI - caracterização dos inquiridos CI1 a CI7	_____
Escala 2 Caracterização do contexto Adaptada de José das Neves, 2000	CC - caracterização do contexto CC1,2,3,4,5,9,13	CONTEXTO
	CC - caracter. contexto CC6,7,8,10,11,12,14	MUDANÇA / INOVAÇÃO
Escala 3 Relações institucionais Adaptada de Carlos Silva, 1995	DRI - definição rel. instit. DRI1 a DRI10	REGULAÇÃO Modelo de regulação
Escala 4 Dinâmica da instituição Adaptada de José das Neves, 2000	DDI - definição da dinâmica institucional DDI1 a DDI8	REGULAÇÃO Controlo organizacional
Escala 5 Ambiente na instituição Adaptada de José das Neves, 2000	DAI - definição do ambiente institucional DAI1 a DAI11	REGULAÇÃO Regulação autónoma
Escala 6 Percepção da qualidade Criada para o inquérito	PQ - percepção da qualidade PQ1 a PQ17	QUALIDADE

ESCALA DO CONTEXTO:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	9	75,0
	Excluded ^a	3	25,0
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,840	,806	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
cc1	1,78	,833	9
cc2	3,22	1,481	9
cc3	2,44	,527	9
cc4	2,89	1,269	9
cc5	2,44	1,130	9
cc6	2,22	,833	9
cc7	1,89	,601	9
cc8	2,11	,782	9
cc9	1,33	,500	9
cc10	1,89	,782	9
cc11	1,89	,782	9
cc12	2,78	,972	9
cc13	2,33	1,000	9
cc14	2,00	,707	9

Inter-Item Correlation Matrix

	cc1	cc2	cc3	cc4	cc5	cc6	cc7	cc8	cc9	cc10	cc11	cc12	cc13	cc14
cc1	1,000	-,056	-,601	-,026	-,147	,080	-,305	-,149	-,100	,149	,149	-,377	-,200	,000
cc2	-,056	1,000	,178	,879	,605	,664	,031	,732	,056	-,192	,672	,473	,534	,955
cc3	-,601	,178	1,000	,083	,047	-,253	-,219	,169	-,158	-,169	-,169	,217	,158	,000
cc4	-,026	,879	,083	1,000	,736	,499	-,018	,770	,066	-,266	,742	,687	,722	,836
cc5	-,147	,605	,047	,736	1,000	,413	,266	,927	,369	-,079	,487	,670	,516	,626
cc6	,080	,664	-,253	,499	,413	1,000	,305	,533	,400	,043	,426	,069	,050	,636
cc7	-,305	,031	-,219	-,018	,266	,305	1,000	,296	,555	,503	-,030	-,262	-,139	,000
cc8	-,149	,732	,169	,770	,927	,533	,296	1,000	,533	-,182	,636	,530	,586	,678
cc9	-,100	,056	-,158	,066	,369	,400	,555	,533	1,000	-,213	,426	-,086	,250	,000
cc10	,149	-,192	-,169	-,266	-,079	,043	,503	-,182	-,213	1,000	-,636	-,530	-,746	-,226
cc11	,149	,672	-,169	,742	,487	,426	-,030	,636	,426	-,636	1,000	,457	,853	,678
cc12	-,377	,473	,217	,687	,670	,069	-,262	,530	-,086	-,530	,457	1,000	,729	,546
cc13	-,200	,534	,158	,722	,516	,050	-,139	,586	,250	-,746	,853	,729	1,000	,530
cc14	,000	,955	,000	,836	,626	,636	,000	,678	,000	-,226	,678	,546	,530	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cc1	29,44	54,278	-,165	.	,865
cc2	28,00	35,750	,847	.	,797
cc3	28,78	52,944	-,036	.	,851
cc4	28,33	37,250	,909	.	,792
cc5	28,78	40,194	,800	.	,804
cc6	29,00	46,000	,553	.	,826
cc7	29,33	51,750	,096	.	,847
cc8	29,11	43,111	,898	.	,806
cc9	29,89	50,861	,257	.	,841
cc10	29,33	56,250	-,334	.	,871
cc11	29,33	44,750	,725	.	,816
cc12	28,44	45,278	,514	.	,827
cc13	28,89	44,111	,590	.	,822
cc14	29,22	44,444	,849	.	,812

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
31,22	52,944	7,276	14

ESCALA DO CONTEXTO:

Valores pós correcção do elenco de itens.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	11	91,7
	Excluded ^a	1	8,3
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,894	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cc2	17,00	29,200	,733	,882
cc4	17,45	29,073	,865	,863
cc6	18,27	36,418	,556	,889
cc7	18,55	41,273	,184	,908
cc8	18,27	34,818	,853	,871
cc11	18,45	35,473	,803	,875
cc12	17,73	34,218	,654	,882
cc13	18,09	35,691	,560	,889
cc14	18,36	35,255	,898	,871

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20,27	43,218	6,574	9

ESCALA DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	11	91,7
	Excluded ^a	1	8,3
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,883	,893	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
dri1	3,82	,874	11
dri2	3,64	,809	11
dri3	2,64	1,286	11
dri4	2,18	1,401	11
dri5	2,82	1,471	11
dri6	2,91	,944	11
dri7	2,82	,874	11
dri8	2,45	1,128	11
dri9	3,45	1,128	11
dri10	3,36	1,206	11

Inter-Item Correlation Matrix

	dri1	dri2	dri3	dri4	dri5	dri6	dri7	dri8	dri9	dri10
dri1	1,000	,746	,558	,193	,672	,584	,476	,397	,194	,259
dri2	,746	1,000	,821	,593	,779	,869	,746	,418	,309	,252
dri3	,558	,821	1,000	,817	,754	,794	,558	,539	,332	,223
dri4	,193	,593	,817	1,000	,648	,694	,438	,196	,259	,253
dri5	,672	,779	,754	,648	1,000	,707	,672	,236	,236	,210
dri6	,584	,869	,794	,694	,707	1,000	,584	,324	,043	,032
dri7	,476	,746	,558	,438	,672	,584	1,000	,498	,295	,354
dri8	,397	,418	,539	,196	,236	,324	,498	1,000	-,021	,013
dri9	,194	,309	,332	,259	,236	,043	,295	-,021	1,000	,895
dri10	,259	,252	,223	,253	,210	,032	,354	,013	,895	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dri1	26,27	53,818	,617	,975	,872
dri2	26,45	51,673	,874	,969	,859
dri3	27,45	45,673	,872	,993	,849
dri4	27,91	47,891	,652	,986	,869
dri5	27,27	45,218	,764	,918	,859
dri6	27,18	51,764	,724	,922	,865
dri7	27,27	52,618	,719	,908	,866
dri8	27,64	55,055	,368	,934	,888
dri9	26,64	54,655	,393	,990	,887
dri10	26,73	54,418	,372	,988	,889

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,09	62,491	7,905	10

ESCALA DA DINÂMICA INSTITUCIONAL:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	12	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
-,017	-,034	8

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ddi1	2,08	,900	12
ddi2	2,75	,866	12
ddi3	2,67	,985	12
ddi4	2,50	,798	12
ddi5	3,42	,900	12
ddi6	3,42	,900	12
ddi7	3,25	1,055	12
ddi8	2,50	,522	12

Inter-Item Correlation Matrix

	ddi1	ddi2	ddi3	ddi4	ddi5	ddi6	ddi7	ddi8
ddi1	1,000	,146	,137	,190	-,159	,178	-,024	,290
ddi2	,146	1,000	-,320	,724	-,554	-,787	-,622	-,101
ddi3	,137	-,320	1,000	,000	-,034	,171	,000	,177
ddi4	,190	,724	,000	1,000	-,316	-,696	-,270	,218
ddi5	-,159	-,554	-,034	-,316	1,000	,551	,742	-,097
ddi6	,178	-,787	,171	-,696	,551	1,000	,550	-,290
ddi7	-,024	-,622	,000	-,270	,742	,550	1,000	,082
ddi8	,290	-,101	,177	,218	-,097	-,290	,082	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ddi1	20,50	4,273	,269	,849	-,298 ^a
ddi2	19,83	7,970	-,539	,960	,373
ddi3	19,92	4,992	,028	,463	-,050 ^a
ddi4	20,08	5,902	-,117	,742	,072
ddi5	19,17	4,697	,148	,641	-,166 ^a
ddi6	19,17	5,242	,007	,958	-,027 ^a
ddi7	19,33	4,061	,214	,699	-,287 ^a
ddi8	20,08	5,538	,111	,858	-,077 ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
22,58	6,083	2,466	8

ESCALA DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS:
 Pós agregação das escalas DDI e DRI inicial).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	11	91,7
	Excluded ^a	1	8,3
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,897	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ddi2	32,73	69,218	,664	,888
ddi4	33,00	70,200	,602	,891
dri1	31,82	67,764	,621	,888
dri2	32,00	65,600	,855	,880
dri3	33,00	58,800	,862	,873
dri4	33,45	60,473	,689	,885
dri5	32,82	57,164	,815	,876
dri6	32,73	65,618	,716	,884
dri7	32,82	66,364	,725	,884
dri8	33,18	69,764	,341	,902
dri9	32,18	68,964	,385	,900
dri10	32,27	68,418	,380	,902

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
35,64	77,455	8,801	12

ESCALA DO AMBIENTE INSTITUCIONAL:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	12	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,734	,733	11

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
dai1	3,33	1,303	12
dai2	2,42	,900	12
dai3	2,17	1,193	12
dai4	2,83	,835	12
dai5	2,33	,651	12
dai6	2,67	,778	12
dai7	3,25	,866	12
dai8	2,92	,900	12
dai9	2,58	,900	12
dai10	3,25	1,215	12
dai11	2,58	,669	12

Inter-Item Correlation Matrix

	dai1	dai2	dai3	dai4	dai5	dai6	dai7	dai8	dai9	dai10	dai11
dai1	1,000	,646	,312	,892	-,464	-,060	-,081	,568	,594	,000	-,139
dai2	,646	1,000	,099	,826	-,258	,346	,204	,159	,234	,145	-,138
dai3	,312	,099	1,000	,395	,273	-,033	,308	,014	,324	,282	-,019
dai4	,892	,826	,395	1,000	-,223	,187	,063	,464	,504	,134	,027
dai5	-,464	-,258	,273	-,223	1,000	,598	,000	-,103	,103	,345	,765
dai6	-,060	,346	-,033	,187	,598	1,000	,000	,216	,303	,480	,582
dai7	-,081	,204	,308	,063	,000	,000	1,000	-,437	-,437	,626	-,275
dai8	,568	,159	,014	,464	-,103	,216	-,437	1,000	,738	-,062	,239
dai9	,594	,234	,324	,504	,103	,303	-,437	,738	1,000	,187	,289
dai10	,000	,145	,282	,134	,345	,480	,626	-,062	,187	1,000	,252
dai11	-,139	-,138	-,019	,027	,765	,582	-,275	,239	,289	,252	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dai1	27,00	22,364	,472	,999	,701
dai2	27,92	24,811	,475	1,000	,702
dai3	28,17	23,970	,384	1,000	,716
dai4	27,50	23,364	,721	1,000	,671
dai5	28,00	28,545	,131	,993	,740
dai6	27,67	25,879	,428	,999	,710
dai7	27,08	28,629	,054	1,000	,754
dai8	27,42	25,902	,346	1,000	,719
dai9	27,75	24,023	,572	1,000	,688
dai10	27,08	23,538	,412	1,000	,711
dai11	27,75	27,841	,225	,994	,732

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,33	29,879	5,466	11

ESCALA DO AMBIENTE INSTITUCIONAL:
 Valores pós correcção do elenco de itens.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	12	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dai1	23,75	20,932	,503	,721
dai2	24,67	23,879	,448	,730
dai3	24,92	23,356	,334	,750
dai4	24,25	22,205	,728	,694
dai5	24,75	27,295	,134	,763
dai6	24,42	24,629	,439	,732
dai8	24,17	23,970	,437	,731
dai9	24,50	22,091	,677	,698
dai10	23,83	23,606	,300	,757
dai11	24,50	26,273	,279	,750

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
27,08	28,629	5,351	10

ESCALA DA QUALIDADE:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	12	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,955	,956	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
pq1	3,83	1,193	12
pq2	3,67	1,231	12
pq3	3,83	1,030	12
pq4	4,08	,669	12
pq5	3,42	1,165	12
pq6	3,08	1,240	12
pq7	3,67	1,155	12
pq8	3,75	1,138	12
pq9	4,50	,674	12
pq10	3,17	1,528	12
pq11	2,75	1,545	12
pq12	3,33	1,303	12
pq13	3,50	1,382	12
pq14	3,58	1,165	12
pq15	3,67	1,557	12
pq16	3,83	1,403	12
pq17	3,75	1,055	12

Inter-Item Correlation Matrix

	pq1	pq2	pq3	pq4	pq5	pq6	pq7	pq8	pq9	pq10	pq11	pq12	pq13	pq14	pq15	pq16	pq17
pq1	1,000	,763	,789	,589	,774	,563	,814	,703	,452	,465	,123	,390	,551	,469	,554	,633	,397
pq2	,763	1,000	,669	,479	,803	,318	,746	,649	,329	,709	,382	,643	,748	,655	,743	,860	,420
pq3	,789	,669	1,000	,418	,897	,581	,790	,659	,524	,539	,200	,452	,703	,619	,699	,608	,544
pq4	,589	,479	,418	1,000	,535	,320	,628	,627	,504	,519	,110	,487	,443	,399	,291	,307	,290
pq5	,774	,803	,897	,535	1,000	,603	,721	,634	,405	,571	,164	,559	,763	,542	,635	,658	,462
pq6	,563	,318	,581	,320	,603	1,000	,402	,338	,054	,040	-,131	-,075	,345	,089	,157	,218	,087
pq7	,814	,746	,790	,628	,721	,402	1,000	,553	,467	,756	,459	,625	,684	,766	,792	,692	,597
pq8	,703	,649	,659	,627	,634	,338	,553	1,000	,770	,497	,065	,429	,665	,600	,513	,541	,473
pq9	,452	,329	,524	,504	,405	,054	,467	,770	1,000	,353	,044	,311	,488	,521	,433	,192	,447
pq10	,465	,709	,539	,519	,571	,040	,756	,497	,353	1,000	,790	,929	,861	,911	,905	,862	,818
pq11	,123	,382	,200	,110	,164	-,131	,459	,065	,044	,790	1,000	,678	,575	,644	,756	,692	,627
pq12	,390	,643	,452	,487	,559	-,075	,625	,429	,311	,929	,678	1,000	,808	,819	,777	,779	,794
pq13	,551	,748	,703	,443	,763	,345	,684	,665	,488	,861	,575	,808	1,000	,876	,887	,844	,842
pq14	,469	,655	,619	,399	,542	,089	,766	,600	,521	,911	,644	,819	,876	1,000	,919	,788	,869
pq15	,554	,743	,699	,291	,635	,157	,792	,513	,433	,905	,756	,777	,887	,919	1,000	,888	,830
pq16	,633	,860	,608	,307	,658	,218	,692	,541	,192	,862	,692	,779	,844	,788	,888	1,000	,706
pq17	,397	,420	,544	,290	,462	,087	,597	,473	,447	,818	,627	,794	,842	,869	,830	,706	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pq1	57,58	226,629	,709	.	,953
pq2	57,75	222,023	,818	.	,951
pq3	57,58	228,265	,778	.	,952
pq4	57,33	241,879	,539	.	,956
pq5	58,00	224,909	,781	.	,952
pq6	58,33	240,970	,286	.	,960
pq7	57,75	222,750	,855	.	,950
pq8	57,67	229,152	,670	.	,953
pq9	56,92	242,992	,480	.	,956
pq10	58,25	211,841	,885	.	,949
pq11	58,67	226,424	,532	.	,957
pq12	58,08	221,356	,786	.	,951
pq13	57,92	214,265	,924	.	,949
pq14	57,83	221,788	,876	.	,950
pq15	57,75	210,023	,911	.	,949
pq16	57,58	215,538	,874	.	,950
pq17	57,67	227,879	,770	.	,952

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
61,42	253,538	15,923	17

RELATÓRIO DA ANÁLISE DO PRÉ-TESTE.

I

Foram distribuídos 15 questionários para teste, tendo sido devolvidos 12.

O momento da recolha assumiu o formato de entrevista informal, não-estruturada, com a finalidade de aceder ao sentido dos comentários/sugestões.

O resultado foi o seguinte:

- i. 4 comentários "é necessário estar concentrado para responder a este questionário" um, clarificou: "não é daqueles a que se responde num qualquer intervalo."
- ii. 1 sugestão genérica "colocar em bold o nome da variável latente, por exemplo **o contexto**."
- iii. 1 sugestão genérica "rearranjar no espaço a escala de caracterização dos inquiridos"
- iv. 1 sugestão genérica "colocar dentro de uma tabela a duas linhas a graduação das escalas e o respectivo significado"
- v. 1 sugestão sobre a escala das relações institucionais "clarificar se se pretende saber o que existe ou o que deveria existir"
- vi. 1 sugestão sobre a questão DDI1 "precisar que tipo de decisões: clínicas ou outras"
- vii. 1 sugestão sobre a escala da qualidade "incluir uma questão explícita sobre a formação"

Os comentários são positivos. As sugestões parecem úteis e viáveis, na generalidade. A tabela para a grelha de graduação de resposta (iv.) só é possível depois da eliminação (natural) de algumas das questões. As decisões a que me refiro (vi.) são as organizacionais. A última sugestão (vii.) suscitou-me, inicialmente, alguma dúvida: a resolução foi no sentido da rejeição, uma vez que me parece estar implícita na questão sobre a competência profissional.

II

Dos resultados da análise da fiabilidade das escalas do questionário:

Parece interessante retirar as questões CC1, CC3, CC5 e CC10 (por correlação em sentido oposto e por permitirem um aumento do alpha de cronbach) e CC9 (por baixa correlação e por permitir aumento do alpha). Obtém-se, assim, um alpha final de 0,9081.

Não parece de retirar as questões DRI8, DRI9 e DRI10 (apesar da baixa correlação, inferior a 0,40) dado permitirem um aumento pouco significativo do alpha e serem questões únicas do tipo, nesta escala.

A escala da dinâmica institucional mostra que não mede nada do que se pretende (alpha = -0,171. Porque se refere à dimensão de análise de regulação, agreguei-a à escala das relações institucionais, o que parece resultar. Retiro, então, as questões DDI1, DDI3, DDI5, DDI6, e DDI7 (por correlação em sentido oposto), DDI8 (por baixa correlação) e ficamos com um alpha final de 0,8965.

A escala do ambiente tem um valor de alpha razoável (0,7335). Retiro a questão DAI7 (por baixa correlação e por permitir um aumento do alpha e estar associada à DAI10), evoluindo para um valor de alpha final de 0,7539. A questão DAI5, apesar de baixa correlação e permitir um aumento do alpha permitindo um valor de alpha final de 0,7631, não parece de retirar por ser única do tipo nesta escala.

A escala da qualidade tem um valor de alpha excelente (superior a 0,90) pelo que não parece necessitar de ajustamentos.

ANEXO 2

Questionário – versão final.

Matriz de codificação das escalas.

Resultados da análise de fiabilidade e de consistência das escalas.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Departamento de Sociologia

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DE TESE DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA.

O presente estudo tem como finalidade *conhecer* a percepção dos profissionais sobre a problemática da **qualidade dos serviços de saúde**, e a sua **lógica de acção** perante o desafio que actualmente a todos se coloca: o da **construção da qualidade organizacional** dos referidos serviços.

Neste sentido, a **sua colaboração assume especial importância**, sendo imprescindível para a prossecução do estudo. Não havendo respostas certas ou erradas, a melhor forma de colaborar consiste em *responder com espontaneidade*. De acordo com o *protocolo ético*, que integra este estudo, o **anonimato e a confidencialidade são garantidos**, pelo que os exemplares não estão codificados.

O questionário é constituído por três partes, apresentadas em quatro páginas numeradas com excepção da folha de rosto. A primeira parte destina-se à caracterização dos inquiridos; a segunda parte, adaptada de Carlos Silva, 1994 e José Neves, 2000, diz respeito à visão global sobre os profissionais e sobre a instituição; a terceira parte é dirigida à percepção sobre a qualidade em saúde. Uma breve instrução de preenchimento é apresentada no início de cada parte / escala.

Peço a devolução até **19 de Julho de 2004**, mesmo que não tenha respondido.

José Luís Coelho

Julho 2004

PARTE I

Nas questões em que se apresenta caixa de resposta, por favor **coloque uma cruz** a assinalar a resposta que corresponde ao seu caso. Nas questões relativas à antiguidade, por favor discrimine a unidade de tempo: anos, meses ou (eventualmente) dias.

Sexo Masculino
 Feminino

Grupo profissional Médico
 Enfermagem
 Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
 Farmacêutico
 Psicologia
 Serviço Social
 Administrativo

Idade _____

Antiguidade na profissão _____

Habilitação Licenciatura
 Bacharelato
 12.º Ano
 Outra

Antiguidade na instituição _____

Se outra, qual _____

Nacionalidade _____

PARTE II

Neste conjunto de itens, para cada um, assinale com um círculo a expressão que melhor define, na sua opinião, a forma como caracterizam o **contexto** em que a instituição desenvolve a actividade.

	1	2	3	4	5
	não caracteriza de modo algum	caracteriza ligeiramente	caracteriza parcialmente	caracteriza substancialmente	caracteriza plenamente
					1 2 3 4 5
Uma crescente exigência por parte dos cidadãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pressão para o desenvolvimento tecnológico, exercida pelo meio exterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O conhecimento dos pressupostos dos modelos de gestão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O estímulo à crítica construtiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O encorajamento a novas ideias sobre a forma de organizar o trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O incentivo à progressão, por parte dos superiores hierárquicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A procura de novas formas de resolução de problemas, por parte dos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A procura de oportunidades de desenvolvimento, em parcerias ou outros protocolos com o exterior, por parte da instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O acolhimento a novas ideias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neste conjunto de itens, para cada um, assinale com um círculo, a expressão que melhor traduz, na sua opinião, a importância que têm no quadro das **relações institucionais** existentes.

	1 sem qualquer importância	2 escassa importância	3 alguma importância	4 muita importância	5 importância decisiva
	1	2	3	4	5
O Ministério da Saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ARS (Administração Regional de Saúde).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O poder local.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As associações de doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ERS (Entidade Reguladora de Saúde).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As Ordens e Associações Profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os Sindicatos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As instâncias comunitárias (União Europeia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os seus superiores hierárquicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais por si próprios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A defesa dos profissionais, pelos seus superiores hierárquicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A aceitação, a nível superior, das tomadas de posição corporativas (de ordens, sindicatos, associações profissionais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste conjunto de itens, para cada um, assinale com um círculo, a expressão que melhor revela, na sua opinião, o modo como definem o **ambiente** da instituição.

	1 não define de modo algum	2 define ligeiramente	3 define parcialmente	4 define substancialmente	5 define claramente
	1	2	3	4	5
A hierarquia formal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A autonomia na função de Gestão de Recursos Humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A existência de um modelo objectivo de avaliação de desempenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A resolução de conflitos interpessoais sem intervenção superior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A auto-responsabilização para a prossecução dos objectivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A organização do trabalho dependente do modelo de gestão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As regras formalmente impostas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A adesão dos profissionais, sem reservas, às normas estabelecidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prevalência das regras informais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O recurso dos profissionais às suas organizações (ordens, sindicatos, associações profissionais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE III

Neste conjunto de itens, para cada um, assinale com um círculo, a expressão que melhor define, na sua opinião, o grau de influência na determinação da **qualidade** dos serviços de saúde.

	1	2	3	4	5
	sem qualquer influência	ligeira influência	influência parcial	influência substancial	influência determinante
Adequação dos cuidados prestados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acessibilidade aos cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordenação entre os serviços intervenientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efectividade da prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação das necessidades e expectativas dos cidadãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfação dos cidadãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevenção do risco na prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eficiência da prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Competência profissional dos intervenientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de um departamento organizacional para a qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de manuais da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de acolhimento de sugestões dos profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considerar a qualidade como um imperativo ético.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicação com os cidadãos e famílias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de uma política da qualidade traduzida em objectivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equidade no acesso aos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participação esclarecida dos cidadãos no plano de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigado.

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO DAS ESCALAS PARA A VERSÃO FINAL.

ESCALA NO QUESTIONÁRIO	PERGUNTA CONCRETA	DIMENSÃO DE ANÁLISE
Escala 1 Caracterização dos inquiridos Criada para o inquérito	CI – caracterização dos inquiridos CI1 a CI7	_____
Escala 2 Caracterização do contexto Adaptada de José das Neves, 2000	CC – caracterização do contexto CC1,2,3,4,6	CONTEXTO
	CC – caracterização do contexto CC5,7,8,9	MUDANÇA / INOVAÇÃO
Escala 3 Relações institucionais Adaptada de Carlos Silva, 1995	DRI – definição das relações institucionais DRI1 a DRI12	REGULAÇÃO Regulação de controlo
Escala 4 Ambiente na instituição Adaptada de José das Neves, 2000	DAI – definição do ambiente institucional DAI1 a DAI10	REGULAÇÃO Regulação autónoma
Escala 5 Percepção da qualidade Criada para o inquérito	PQ – percepção da qualidade PQ1 a PQ17	QUALIDADE

ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	288	97,3
	Excluded ^a	8	2,7
	Total	296	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,878	,877	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
cc1	3,42	1,066	288
cc2	3,07	,960	288
cc3	2,59	,973	288
cc4	2,31	1,100	288
cc5	2,49	1,082	288
cc6	2,46	1,075	288
cc7	2,90	1,044	288
cc8	2,56	1,010	288
cc9	2,52	1,039	288

Inter-Item Correlation Matrix

	cc1	cc2	cc3	cc4	cc5	cc6	cc7
cc1	1,000	,380	,287	,327	,283	,231	,268
cc2	,380	1,000	,467	,431	,393	,320	,264
cc3	,287	,467	1,000	,487	,466	,432	,297
cc4	,327	,431	,487	1,000	,760	,528	,480
cc5	,283	,393	,466	,760	1,000	,659	,535
cc6	,231	,320	,432	,528	,659	1,000	,502
cc7	,268	,264	,297	,480	,535	,502	1,000
cc8	,165	,315	,395	,490	,551	,495	,518
cc9	,270	,320	,426	,600	,684	,601	,548

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Inter-Item Correlation Matrix

	cc8	cc9
cc1	,165	,270
cc2	,315	,320
cc3	,395	,426
cc4	,490	,600
cc5	,551	,684
cc6	,495	,601
cc7	,518	,548
cc8	1,000	,716
cc9	,716	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cc1	20,88	38,244	,370	,206	,886
cc2	21,23	37,508	,495	,325	,874
cc3	21,71	36,666	,563	,363	,869
cc4	21,99	33,697	,731	,623	,854
cc5	21,81	33,338	,780	,704	,849
cc6	21,84	34,678	,665	,504	,860
cc7	21,40	35,712	,597	,403	,866
cc8	21,74	35,524	,640	,553	,863
cc9	21,78	34,130	,745	,659	,853

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
24,30	44,252	6,652	9

ESCALA DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	263	88,9
	Excluded ^a	33	11,1
	Total	296	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,822	,828	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
dri1	3,82	1,100	263
dri2	3,54	1,025	263
dri3	2,68	1,033	263
dri4	2,26	,974	263
dri5	2,48	1,033	263
dri6	2,81	,953	263
dri7	2,72	,934	263
dri8	2,69	1,113	263
dri9	3,48	1,241	263
dri10	3,21	1,147	263
dri11	2,94	1,143	263
dri12	2,78	,996	263

Inter-Item Correlation Matrix

	dri1	dri2	dri3	dri4	dri5	dri6	dri7	dri8
dri1	1,000	,642	,220	,176	,380	,277	,299	,418
dri2	,642	1,000	,373	,251	,378	,235	,192	,344
dri3	,220	,373	1,000	,425	,358	,202	,195	,334
dri4	,176	,251	,425	1,000	,600	,431	,310	,374
dri5	,380	,378	,358	,600	1,000	,483	,274	,483
dri6	,277	,235	,202	,431	,483	1,000	,696	,305
dri7	,299	,192	,195	,310	,274	,696	1,000	,331
dri8	,418	,344	,334	,374	,483	,305	,331	1,000
dri9	,170	,193	,062	,080	,125	,108	,109	,219
dri10	-,031	,046	,050	,236	,106	,217	,167	,119
dri11	,195	,244	,230	,305	,208	,278	,260	,307
dri12	,283	,223	,226	,332	,332	,402	,396	,353

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Inter-Item Correlation Matrix

	dri9	dri10	dri11	dri12
dri1	,170	-,031	,195	,283
dri2	,193	,046	,244	,223
dri3	,062	,050	,230	,226
dri4	,080	,236	,305	,332
dri5	,125	,106	,208	,332
dri6	,108	,217	,278	,402
dri7	,109	,167	,260	,396
dri8	,219	,119	,307	,353
dri9	1,000	,325	,345	,208
dri10	,325	1,000	,501	,388
dri11	,345	,501	1,000	,562
dri12	,208	,388	,562	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dri1	31,58	46,794	,459	,510	,811
dri2	31,86	47,080	,482	,489	,809
dri3	32,72	48,110	,400	,290	,815
dri4	33,14	46,808	,537	,474	,805
dri5	32,92	45,871	,570	,541	,801
dri6	32,59	46,831	,550	,596	,804
dri7	32,68	47,754	,487	,542	,809
dri8	32,71	45,367	,554	,376	,802
dri9	31,92	48,211	,299	,191	,827
dri10	32,19	48,409	,325	,346	,823
dri11	32,46	45,318	,539	,465	,804
dri12	32,62	46,091	,579	,439	,801

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
35,40	54,913	7,410	12

ESCALA DO AMBIENTE INSTITUCIONAL

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	287	97,0
	Excluded ^a	9	3,0
	Total	296	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,774	,772	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
dai1	3,30	1,084	287
dai2	2,82	1,027	287
dai3	2,84	1,242	287
dai4	2,93	1,025	287
dai5	3,05	1,055	287
dai6	3,02	1,119	287
dai7	3,24	1,026	287
dai8	2,91	,984	287
dai9	2,88	1,034	287
dai10	2,72	,930	287

Inter-Item Correlation Matrix

	dai1	dai2	dai3	dai4	dai5	dai6	dai7	dai8
dai1	1,000	,230	,322	,164	,104	,323	,456	,228
dai2	,230	1,000	,440	,254	,407	,335	,118	,362
dai3	,322	,440	1,000	,370	,374	,455	,270	,334
dai4	,164	,254	,370	1,000	,539	,343	,143	,278
dai5	,104	,407	,374	,539	1,000	,414	,119	,364
dai6	,323	,335	,455	,343	,414	1,000	,453	,316
dai7	,456	,118	,270	,143	,119	,453	1,000	,323
dai8	,228	,362	,334	,278	,364	,316	,323	1,000
dai9	,010	,138	,023	,190	,114	-,025	-,012	,089
dai10	,110	,197	,373	,259	,294	,328	,148	,245

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Inter-Item Correlation Matrix

	dai9	dai10
dai1	,010	,110
dai2	,138	,197
dai3	,023	,373
dai4	,190	,259
dai5	,114	,294
dai6	-,025	,328
dai7	-,012	,148
dai8	,089	,245
dai9	1,000	,068
dai10	,068	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dai1	26,42	31,097	,373	,270	,764
dai2	26,90	30,255	,484	,321	,750
dai3	26,88	27,636	,582	,394	,734
dai4	26,79	30,182	,493	,355	,749
dai5	26,67	29,585	,530	,431	,744
dai6	26,70	28,590	,580	,421	,736
dai7	26,47	31,278	,388	,356	,762
dai8	26,80	30,486	,491	,273	,749
dai9	26,84	34,459	,103	,068	,796
dai10	26,99	31,846	,388	,197	,762

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,72	36,784	6,065	10

ESCALA DA QUALIDADE

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	279	94,3
	Excluded ^a	17	5,7
	Total	296	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,960	,961	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
pq1	4,01	1,004	279
pq2	3,75	1,089	279
pq3	3,67	1,109	279
pq4	3,88	,929	279
pq5	3,51	1,163	279
pq6	3,59	1,213	279
pq7	3,60	1,097	279
pq8	4,06	1,002	279
pq9	4,26	,929	279
pq10	3,22	1,232	279
pq11	3,27	1,179	279
pq12	3,32	1,206	279
pq13	3,76	1,198	279
pq14	3,76	1,124	279
pq15	3,54	1,168	279
pq16	3,77	1,183	279
pq17	3,45	1,251	279

Inter-Item Correlation Matrix

	pq1	pq2	pq3	pq4	pq5	pq6	pq7	pq8
pq1	1,000	,778	,739	,742	,580	,552	,519	,694
pq2	,778	1,000	,787	,685	,620	,569	,564	,639
pq3	,739	,787	1,000	,708	,637	,574	,563	,674
pq4	,742	,685	,708	1,000	,634	,601	,566	,699
pq5	,580	,620	,637	,634	1,000	,739	,662	,688
pq6	,552	,569	,574	,601	,739	1,000	,640	,626
pq7	,519	,564	,563	,566	,662	,640	1,000	,678
pq8	,694	,639	,674	,699	,688	,626	,678	1,000
pq9	,554	,580	,573	,621	,582	,576	,625	,792
pq10	,476	,505	,536	,470	,608	,554	,592	,546
pq11	,433	,488	,466	,476	,575	,495	,582	,547
pq12	,480	,503	,587	,529	,613	,547	,568	,548
pq13	,567	,539	,536	,556	,600	,534	,562	,623
pq14	,582	,583	,595	,585	,665	,609	,608	,703
pq15	,515	,503	,554	,515	,599	,543	,597	,604
pq16	,553	,610	,640	,548	,574	,580	,596	,627
pq17	,510	,515	,587	,490	,566	,599	,610	,594

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Inter-Item Correlation Matrix

	pq9	pq10	pq11	pq12	pq13	pq14	pq15
pq1	,554	,476	,433	,480	,567	,582	,515
pq2	,580	,505	,488	,503	,539	,583	,503
pq3	,573	,536	,466	,587	,536	,595	,554
pq4	,621	,470	,476	,529	,556	,585	,515
pq5	,582	,608	,575	,613	,600	,665	,599
pq6	,576	,554	,495	,547	,534	,609	,543
pq7	,625	,592	,582	,568	,562	,608	,597
pq8	,792	,546	,547	,548	,623	,703	,604
pq9	1,000	,483	,459	,504	,661	,605	,506
pq10	,483	1,000	,757	,689	,619	,566	,706
pq11	,459	,757	1,000	,627	,575	,513	,661
pq12	,504	,689	,627	1,000	,613	,577	,635
pq13	,661	,619	,575	,613	1,000	,679	,645
pq14	,605	,566	,513	,577	,679	1,000	,650
pq15	,506	,706	,661	,635	,645	,650	1,000
pq16	,581	,555	,489	,638	,584	,644	,653
pq17	,524	,556	,480	,624	,593	,660	,610

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Inter-Item Correlation Matrix

	pq16	pq17
pq1	,553	,510
pq2	,610	,515
pq3	,640	,587
pq4	,548	,490
pq5	,574	,566
pq6	,580	,599
pq7	,596	,610
pq8	,627	,594
pq9	,581	,524
pq10	,555	,556
pq11	,489	,480
pq12	,638	,624
pq13	,584	,593
pq14	,644	,660
pq15	,653	,610
pq16	1,000	,725
pq17	,725	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pq1	58,41	202,128	,730	,735	,958
pq2	58,67	199,784	,747	,739	,958
pq3	58,75	198,606	,772	,732	,957
pq4	58,54	203,407	,744	,673	,958
pq5	58,91	196,754	,793	,698	,957
pq6	58,82	197,232	,741	,632	,958
pq7	58,82	199,251	,759	,617	,958
pq8	58,36	199,858	,816	,788	,957
pq9	58,16	203,781	,729	,708	,958
pq10	59,20	196,921	,738	,699	,958
pq11	59,15	199,678	,687	,650	,959
pq12	59,10	197,352	,743	,631	,958
pq13	58,66	197,153	,755	,653	,958
pq14	58,66	197,938	,784	,663	,957
pq15	58,88	197,615	,761	,663	,958
pq16	58,65	197,136	,766	,669	,958
pq17	58,97	196,539	,738	,644	,958

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
62,42	223,971	14,966	17

ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA DAS ESCALAS:

Symmetric Measures - Índice Mudança * cc1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,504	,048	9,864	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,461	,052	8,786	,000 ^c
N of Valid Cases		288			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * cc2

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,600	,039	12,686	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,568	,045	11,675	,000 ^c
N of Valid Cases		288			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * dri1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,186	,062	3,200	,002 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,139	,061	2,375	,018 ^c
N of Valid Cases		288			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * dri2

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,229	,064	3,968	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,200	,062	3,436	,001 ^c
N of Valid Cases		286			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * dai1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,172	,068	2,949	,003 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,136	,064	2,312	,021 ^c
N of Valid Cases	286			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * dai7

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,224	,067	3,880	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,214	,062	3,703	,000 ^c
N of Valid Cases	287			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * pq9

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,166	,059	2,836	,005 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,070	,061	1,179	,240 ^c
N of Valid Cases	286			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Mudança * pq8

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,251	,056	4,373	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,179	,059	3,077	,002 ^c
N of Valid Cases	287			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controlo * cc1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,253	,063	4,199	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,213	,062	3,498	,001 ^c
N of Valid Cases		260			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controlo * cc2

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,208	,068	3,402	,001 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,198	,064	3,230	,001 ^c
N of Valid Cases		258			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controlo * dri1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,572	,045	11,268	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,532	,050	10,141	,000 ^c
N of Valid Cases		263			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controlo * dri2

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,585	,046	11,641	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,561	,048	10,945	,000 ^c
N of Valid Cases		263			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controllo * dai1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,240	,065	3,971	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,247	,064	4,102	,000 ^c
N of Valid Cases	261			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controllo * dai7

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,214	,063	3,529	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,230	,062	3,805	,000 ^c
N of Valid Cases	262			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controllo * pq9

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,256	,056	4,262	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,213	,058	3,512	,001 ^c
N of Valid Cases	262			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Controllo * pq8

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,303	,057	5,143	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,262	,060	4,384	,000 ^c
N of Valid Cases	263			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * cc1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,258	,062	4,489	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,220	,060	3,781	,000 ^c
N of Valid Cases	284			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * cc2

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,282	,062	4,917	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,260	,059	4,507	,000 ^c
N of Valid Cases	282			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * dri1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,265	,060	4,645	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,212	,061	3,668	,000 ^c
N of Valid Cases	287			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * dri2

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,321	,058	5,711	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,286	,058	5,014	,000 ^c
N of Valid Cases	285			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * dai1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,522	,050	10,325	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,508	,049	9,963	,000 ^c
N of Valid Cases	287			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * dai7

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,527	,049	10,470	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,505	,049	9,880	,000 ^c
N of Valid Cases	287			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * pq9

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,220	,061	3,797	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,177	,057	3,024	,003 ^c
N of Valid Cases	286			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Autonomia * pq8

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,296	,059	5,213	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,262	,057	4,572	,000 ^c
N of Valid Cases	286			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * cc1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,240	,068	4,108	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,196	,061	3,309	,001 ^c
N of Valid Cases	277			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * cc2

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,166	,062	2,774	,006 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,173	,060	2,899	,004 ^c
N of Valid Cases	275			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * dri1

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,303	,063	5,298	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,288	,059	5,007	,000 ^c
N of Valid Cases	279			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * dri2

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,275	,065	4,749	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,272	,061	4,680	,000 ^c
N of Valid Cases	277			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * dai1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,210	,067	3,561	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,207	,062	3,508	,001 ^c
N of Valid Cases		278			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * dai7

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,172	,067	2,913	,004 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,179	,063	3,024	,003 ^c
N of Valid Cases		279			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * pq9

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,757	,031	19,292	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,716	,032	17,082	,000 ^c
N of Valid Cases		279			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures - Índice Qualidade * pq8

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,838	,020	25,512	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,803	,023	22,449	,000 ^c
N of Valid Cases		279			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

ANEXO 3

Análise de dados – estatística descritiva.

Explore

Case Processing Summary

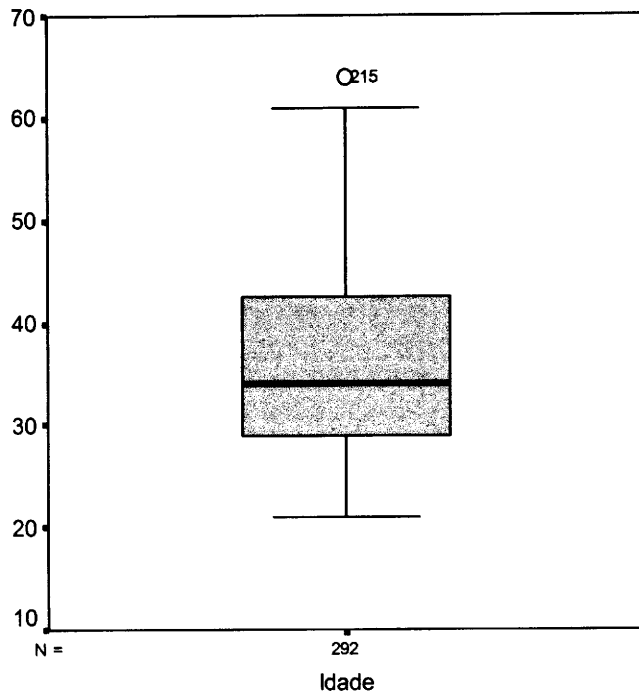
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade	292	98,6%	4	1,4%	296	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Idade	Mean		35,97	,530
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34,93	
		Upper Bound	37,02	
	5% Trimmed Mean		35,54	
	Median		34,00	
	Variance		81,992	
	Std. Deviation		9,055	
	Minimum		21	
	Maximum		64	
	Range		43	
	Interquartile Range		13,75	
	Skewness		,635	,143
	Kurtosis		-,281	,284

Percentiles

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Weighted Average(Definition 1)	Idade	24,00	25,00	29,00	34,00	42,75	48,70	52,00
Tukey's Hinges	Idade			29,00	34,00	42,50		



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Antig. Prof.	279	94,3%	17	5,7%	296	100,0%
Antig. Institui.	279	94,3%	17	5,7%	296	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Antig. Prof.	Mean		13,15	,509
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,15	
		Upper Bound	14,15	
	5% Trimmed Mean		12,79	
	Median		11,00	
	Variance		72,272	
	Std. Deviation		8,501	
	Minimum		1	
	Maximum		35	
	Range		34	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		,612	,146
	Kurtosis		-,513	,291
	Antig. Institui.	Mean		11,30
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10,42	
		Upper Bound	12,19	
5% Trimmed Mean			10,95	
Median			10,00	
Variance			56,882	
Std. Deviation			7,542	
Minimum			1	
Maximum			30	
Range			29	
Interquartile Range			12	
Skewness			,515	,146
Kurtosis			-,520	,291

Frequency Table

grupo etário

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54-64	12	4,1	4,1	4,1
	43-53	61	20,6	21,0	25,2
	32-42	108	36,5	37,2	62,4
	21-31	109	36,8	37,6	100,0
	Total	290	98,0	100,0	
Missing	System	6	2,0		
Total		296	100,0		

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esp	7	2,4	2,4	2,4
	Franc	1	,3	,3	2,7
	Port	287	97,0	97,3	100,0
	Total	295	99,7	100,0	
Missing	Não Resp	1	,3		
Total		296	100,0		

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Femin	216	73,0	73,5	73,5
	Masc	78	26,4	26,5	100,0
	Total	294	99,3	100,0	
Missing	99	2	,7		
Total		296	100,0		

Grupo Profis.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Med	46	15,5	15,5	15,5
	Enf	183	61,8	61,8	77,4
	TDT	42	14,2	14,2	91,6
	TSS	17	5,7	5,7	97,3
	Admin	8	2,7	2,7	100,0
	Total	296	100,0	100,0	

Habilit.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lic	194	65,5	65,8	65,8
	Bach	89	30,1	30,2	95,9
	12.º	8	2,7	2,7	98,6
	Outra	4	1,4	1,4	100,0
	Total	295	99,7	100,0	
Missing	99	1	,3		
Total		296	100,0		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grupo Profis. * Sexo	294	99,3%	2	,7%	296	100,0%

Grupo Profis. * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Femin	Masc	
Grupo Profis.	Med	Count	13	33	46
		% within Grupo Profis.	28,3%	71,7%	100,0%
		% within Sexo	6,0%	42,3%	15,6%
		% of Total	4,4%	11,2%	15,6%
	Enf	Count	154	28	182
		% within Grupo Profis.	84,6%	15,4%	100,0%
		% within Sexo	71,3%	35,9%	61,9%
		% of Total	52,4%	9,5%	61,9%
	TDT	Count	26	15	41
		% within Grupo Profis.	63,4%	36,6%	100,0%
		% within Sexo	12,0%	19,2%	13,9%
		% of Total	8,8%	5,1%	13,9%
	TSS	Count	15	2	17
		% within Grupo Profis.	88,2%	11,8%	100,0%
		% within Sexo	6,9%	2,6%	5,8%
		% of Total	5,1%	,7%	5,8%
	Admin	Count	8	0	8
		% within Grupo Profis.	100,0%	,0%	100,0%
		% within Sexo	3,7%	,0%	2,7%
		% of Total	2,7%	,0%	2,7%
Total		Count	216	78	294
		% within Grupo Profis.	73,5%	26,5%	100,0%
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	73,5%	26,5%	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grupo Profis. * Habilit.	295	99,7%	1	,3%	296	100,0%

Grupo Profis. * Habilit. Crosstabulation

			Habilit.				Total
			Lic	Bach	12.º	Outra	
Grupo Profis.	Med	Count	45	0	0	1	46
		% within Grupo Profis.	97,8%	,0%	,0%	2,2%	100,0%
		% within Habilit.	23,2%	,0%	,0%	25,0%	15,6%
		% of Total	15,3%	,0%	,0%	,3%	15,6%
	Enf	Count	112	66	1	3	182
		% within Grupo Profis.	61,5%	36,3%	,5%	1,6%	100,0%
		% within Habilit.	57,7%	74,2%	12,5%	75,0%	61,7%
		% of Total	38,0%	22,4%	,3%	1,0%	61,7%
	TDT	Count	19	22	1	0	42
		% within Grupo Profis.	45,2%	52,4%	2,4%	,0%	100,0%
		% within Habilit.	9,8%	24,7%	12,5%	,0%	14,2%
		% of Total	6,4%	7,5%	,3%	,0%	14,2%
TSS	Count	17	0	0	0	17	
	% within Grupo Profis.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Habilit.	8,8%	,0%	,0%	,0%	5,8%	
	% of Total	5,8%	,0%	,0%	,0%	5,8%	
Admin	Count	1	1	6	0	8	
	% within Grupo Profis.	12,5%	12,5%	75,0%	,0%	100,0%	
	% within Habilit.	,5%	1,1%	75,0%	,0%	2,7%	
	% of Total	,3%	,3%	2,0%	,0%	2,7%	
Total	Count	194	89	8	4	295	
	% within Grupo Profis.	65,8%	30,2%	2,7%	1,4%	100,0%	
	% within Habilit.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	65,8%	30,2%	2,7%	1,4%	100,0%	

ANEXO 4

Análise de dados – estatística inferencial.

Análise factorial de componentes principais das escalas.

ESCALA DO CONTEXTO:

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,881
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1222,713
	df	36
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
CC1	1,000	,926
CC2	1,000	,713
CC3	1,000	,736
CC4	1,000	,664
CC5	1,000	,748
CC6	1,000	,613
CC7	1,000	,678
CC8	1,000	,652
CC9	1,000	,759

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	4,645	51,612	51,612	4,645	51,612	51,612	4,315
2	1,101	12,230	63,842	1,101	12,230	63,842	2,444
3	,743	8,256	72,098	,743	8,256	72,098	1,447
4	,593	6,588	78,686				
5	,515	5,724	84,411				
6	,498	5,535	89,946				
7	,450	5,004	94,950				
8	,249	2,765	97,714				
9	,206	2,286	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

- a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
cc1	,445	,631	,574
cc2	,573	,576	
cc3	,651	,320	-,458
cc4	,812		
cc5	,856		
cc6	,761		
cc7	,695		,374
cc8	,744	-,312	
cc9	,830		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Pattern Matrix^a

	Component		
	1	2	3
cc1			,926
cc2		,755	
cc3		,777	
cc4	,613	,307	
cc5	,768		
cc6	,739		
cc7	,812		
cc8	,820		
cc9	,872		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3
1	1,000	,405	,240
2	,405	1,000	,203
3	,240	,203	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

ESCALA DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS:

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,777
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1107,075
	df	66
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
DRI1	1,000	,811
DRI2	1,000	,733
DRI3	1,000	,601
DRI4	1,000	,753
DRI5	1,000	,656
DRI6	1,000	,814
DRI7	1,000	,807
DRI8	1,000	,491
DRI9	1,000	,546
DRI10	1,000	,695
DRI11	1,000	,690
DRI12	1,000	,577

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	4,251	35,421	35,421	4,251	35,421	35,421	2,892
2	1,614	13,449	48,870	1,614	13,449	48,870	2,497
3	1,258	10,483	59,353	1,258	10,483	59,353	2,271
4	1,050	8,748	68,101	1,050	8,748	68,101	2,637
5	,763	6,355	74,456				
6	,666	5,553	80,009				
7	,641	5,344	85,353				
8	,482	4,019	89,372				
9	,400	3,333	92,704				
10	,350	2,919	95,624				
11	,298	2,483	98,106				
12	,227	1,894	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
DRI5	,700			
DRI6	,682		-,498	-,316
DRI12	,671	,348		
DRI8	,664			
DRI4	,661		-,302	,468
DRI7	,617		-,444	-,477
DRI11	,606	,520		
DRI2	,580	-,402	,472	
DRI1	,577	-,425	,391	-,379
DRI3	,519			,500
DRI10	,392	,720		
DRI9	,352	,392	,508	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
DRI4	,818			
DRI3	,784			
DRI5	,665			
DRI8	,383		,370	
DRI10		,813		
DRI11		,770		
DRI9		,677		
DRI12		,525		-,355
DRI1			,864	
DRI2			,781	
DRI7				-,904
DRI6				-,854

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3	4
1	1,000	,209	,270	-,348
2	,209	1,000	,164	-,232
3	,270	,164	1,000	-,162
4	-,348	-,232	-,162	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

ESCALA DO AMBIENTE INSTITUCIONAL:

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,795
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	661,354
	df	45
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
DAI1	1,000	,660
DAI2	1,000	,764
DAI3	1,000	,563
DAI4	1,000	,572
DAI5	1,000	,656
DAI6	1,000	,617
DAI7	1,000	,754
DAI8	1,000	,454
DAI9	1,000	,927
DAI10	1,000	,661

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3,463	34,633	34,633	3,463	34,633	34,633	2,575
2	1,350	13,502	48,136	1,350	13,502	48,136	2,113
3	,982	9,819	57,955	,982	9,819	57,955	1,122
4	,833	8,334	66,289	,833	8,334	66,289	2,310
5	,784	7,844	74,133				
6	,727	7,274	81,407				
7	,588	5,879	87,286				
8	,496	4,959	92,245				
9	,393	3,926	96,172				
10	,383	3,828	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

- a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
DAI3	,726			
DAI6	,725			
DAI5	,677	,413		
DAI8	,622			
DAI4	,620	,377		
DAI2	,616			-,584
DAI10	,521		-,326	,511
DAI7	,514	-,631		
DAI1	,494	-,561	,314	
DAI9		,463	,791	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
DAI2	,927			
DAI5	,549			,457
DAI8	,532			
DAI3	,460			,343
DAI7		-,873		
DAI1		-,795		
DAI9			,968	
DAI10				,851
DAI4				,557
DAI6		-,409		,448

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 14 iterations.

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3	4
1	1,000	-,277	,131	,369
2	-,277	1,000	,058	-,212
3	,131	,058	1,000	,061
4	,369	-,212	,061	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

ESCALA DA QUALIDADE:

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,949
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4031,033
	df	136
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
PQ1	1,000	,826
PQ2	1,000	,817
PQ3	1,000	,788
PQ4	1,000	,763
PQ5	1,000	,675
PQ6	1,000	,624
PQ7	1,000	,653
PQ8	1,000	,777
PQ9	1,000	,703
PQ10	1,000	,837
PQ11	1,000	,804
PQ12	1,000	,696
PQ13	1,000	,646
PQ14	1,000	,715
PQ15	1,000	,729
PQ16	1,000	,671
PQ17	1,000	,699

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	10,483	61,666	61,666	10,483	61,666	61,666	9,461
2	1,211	7,124	68,791	1,211	7,124	68,791	7,856
3 (*)	,729	4,290	73,080	,729	4,290	73,080	6,700
4	,674	3,966	77,047				
5	,594	3,496	80,543				
6	,444	2,611	83,154				
7	,405	2,383	85,536				
8	,337	1,985	87,521				
9	,315	1,851	89,372				
10	,310	1,822	91,194				
11	,284	1,672	92,866				
12	,260	1,530	94,396				
13	,233	1,373	95,769				
14	,223	1,313	97,081				
15	,204	1,199	98,280				
16	,172	1,011	99,292				
17	,120	,708	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance

Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
pq1	,771	-,421	
pq2	,785	-,368	
pq3	,808	-,308	
pq4	,782	-,359	
pq5	,821		
pq6	,775		
pq7	,789		
pq8	,848		
pq9	,767		
pq10	,763	,426	
pq11	,717	,419	,338
pq12	,769	,306	
pq13	,785		
pq14	,813		
pq15	,786	,329	
pq16	,795		
pq17	,767		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

ANEXO 5

Análise de dados – estatística inferencial.

Comparação de posicionamentos dos respondentes:

- ✓ Estudo não paramétrico de diferenças.
- ✓ Análise de variância.

Pattern Matrix^a

	Component		
	1	2	3
pq1		-,912	
pq2		-,882	
pq3		-,781	
pq4		-,774	
pq5	,445		
pq6	,635		
pq7	,664		
pq8	,653	-,343	
pq9	,829		
pq10			,840
pq11			,878
pq12			,588
pq13	,591		
pq14	,790		
pq15	,367		,577
pq16	,723		
pq17	,887		

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 12 iterations.

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3
1	1,000	-,712	,640
2	-,712	1,000	-,480
3	,640	-,480	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Ranks

Grupo Profis.	N	Mean Rank
DR11 Med	46	133,66
Enf	183	147,22
TDT	42	154,64
TSS	17	169,56
Admin	8	186,06
Total	296	
DR12 Med	46	149,07
Enf	181	138,95
TDT	42	160,89
TSS	17	184,85
Admin	8	182,25
Total	294	
DR13 Med	46	100,55
Enf	181	156,01
TDT	42	159,96
TSS	17	139,03
Admin	8	177,44
Total	294	
DR14 Med	45	119,23
Enf	183	152,13
TDT	42	145,58
TSS	17	158,65
Admin	8	205,50
Total	295	
DR15 Med	42	98,62
Enf	179	153,16
TDT	42	149,88
TSS	17	132,50
Admin	8	188,88
Total	288	
DR16 Med	45	142,67
Enf	180	144,49
TDT	42	146,50
TSS	17	154,00
Admin	8	197,44
Total	292	
DR17 Med	46	143,20
Enf	182	146,03
TDT	42	149,46
TSS	15	147,17
Admin	8	177,63
Total	293	
DR18 Med	45	103,97
Enf	181	154,65
TDT	42	163,18
TSS	16	112,88
Admin	8	181,06
Total	292	
DR19 Med	46	128,97
Enf	180	144,92
TDT	42	142,63
TSS	14	184,64
Admin	7	187,36
Total	289	
DR110 Med	46	155,51
Enf	182	142,27
TDT	42	140,55
TSS	17	189,71
Admin	8	185,56
Total	295	
DR111 Med	45	131,48
Enf	178	139,60
TDT	42	164,64
TSS	17	186,79
Admin	8	167,44
Total	290	
DR112 Med	44	135,13
Enf	177	142,62
TDT	41	147,17
TSS	15	135,90
Admin	8	186,69
Total	285	

ESTUDO NÃO-PARAMÉTRICO DE DIFERENÇAS:

Ranks

Grupo Profis.	N	Mean Rank
CC1 Med	46	166,74
Enf	183	145,60
TDT	41	121,66
TSS	17	142,97
Admin	6	222,83
Total	293	
CC2 Med	46	132,72
Enf	182	157,76
TDT	40	114,95
TSS	17	124,29
Admin	6	159,67
Total	291	
CC3 Med	46	123,28
Enf	182	154,73
TDT	41	126,24
TSS	17	157,82
Admin	7	197,29
Total	293	
CC4 Med	46	117,29
Enf	183	158,31
TDT	41	133,23
TSS	17	129,15
Admin	7	191,50
Total	294	
CC5 Med	46	131,17
Enf	183	153,55
TDT	41	133,23
TSS	17	143,21
Admin	7	190,50
Total	294	
CC6 Med	46	126,18
Enf	183	150,49
TDT	41	148,50
TSS	17	157,09
Admin	7	180,36
Total	294	
CC7 Med	46	128,57
Enf	183	148,68
TDT	41	143,78
TSS	16	182,53
Admin	7	161,86
Total	293	
CC8 Med	45	116,71
Enf	183	152,80
TDT	41	138,83
TSS	17	153,76
Admin	7	221,43
Total	293	
CC9 Med	46	126,66
Enf	183	154,08
TDT	41	121,38
TSS	17	180,06
Admin	8	200,00
Total	295	

Ranks

	Grupo Profis.	N	Mean Rank
DAI1	Med	46	104,88
	Enf	182	160,95
	TDT	41	141,33
	TSS	17	144,18
	Admin	8	125,38
	Total	294	
DAI2	Med	45	124,54
	Enf	182	149,66
	TDT	42	157,52
	TSS	16	157,34
	Admin	8	136,75
	Total	293	
DAI3	Med	46	87,60
	Enf	182	174,91
	TDT	42	122,08
	TSS	17	88,79
	Admin	8	145,00
	Total	295	
DAI4	Med	46	129,78
	Enf	181	151,60
	TDT	42	134,43
	TSS	17	164,03
	Admin	8	190,13
	Total	294	
DAI5	Med	46	132,22
	Enf	179	144,28
	TDT	42	155,96
	TSS	16	158,84
	Admin	8	185,69
	Total	291	
DAI6	Med	45	101,29
	Enf	181	160,89
	TDT	42	135,05
	TSS	17	135,88
	Admin	8	176,31
	Total	293	
DAI7	Med	45	98,56
	Enf	182	159,12
	TDT	42	149,76
	TSS	17	141,88
	Admin	8	158,44
	Total	294	
DAI8	Med	46	129,85
	Enf	182	146,37
	TDT	42	160,65
	TSS	17	172,09
	Admin	8	171,75
	Total	295	
DAI9	Med	46	154,70
	Enf	182	146,09
	TDT	42	144,90
	TSS	17	160,47
	Admin	8	142,63
	Total	295	
DAI10	Med	46	148,68
	Enf	182	151,40
	TDT	42	128,31
	TSS	17	145,29
	Admin	8	175,81
	Total	295	

ANÁLISE DE VARIÂNCIA:

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Índice Mudança	,549	4	283	,700
Índice Controle	1,576	4	258	,181
Índice Autonomia	,695	4	282	,596
Índice Qualidade	1,051	4	274	,381

ANOVA para Grupo Profissional

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Índice Mudança	Between Groups	6,389	4	1,597	3,005	,019
	Within Groups	150,405	283	,531		
	Total	156,794	287			
Índice Controle	Between Groups	5,021	4	1,255	3,413	,010
	Within Groups	94,889	258	,368		
	Total	99,910	262			
Índice Autonomia	Between Groups	6,904	4	1,726	4,952	,001
	Within Groups	98,297	282	,349		
	Total	105,201	286			
Índice Qualidade	Between Groups	,187	4	,047	,059	,993
	Within Groups	215,260	274	,786		
	Total	215,446	278			

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Índice Mudança	1,202	3	280	,309
Índice Controle	,480	3	256	,696
Índice Autonomia	1,991	3	279	,116
Índice Qualidade	7,039	3	271	,000

ANOVA para Grupo Etário

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Índice Mudança	Between Groups	5,637	3	1,879	3,527	,015
	Within Groups	149,179	280	,533		
	Total	154,816	283			
Índice Controlo	Between Groups	8,330	3	2,777	7,808	,000
	Within Groups	91,035	256	,356		
	Total	99,365	259			
Índice Autonomia	Between Groups	2,526	3	,842	2,330	,075
	Within Groups	100,784	279	,361		
	Total	103,309	282			
Índice Qualidade	Between Groups	4,603	3	1,534	1,988	,116
	Within Groups	209,174	271	,772		
	Total	213,777	274			

Independent Samples Test com a variável sexo.

	Levene's Test for equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Índice Mudança	,363	,548	1,282	285	,201	,1262	,09848	-,06762	,32005
			1,299	138,949	,196	,1262	,09715	-,06586	,31829
Índice Controlo	,005	,944	1,419	260	,157	,1212	,08540	-,04694	,28939
			1,409	126,287	,161	,1212	,08602	-,04900	,29145
Índice Autonomia	1,389	,240	2,505	283	,013	,2019	,08060	,04326	,36057
			2,695	154,436	,008	,2019	,07493	,05390	,34993
Índice Qualidade	,054	,817	-,339	275	,735	-,0402	,11872	-,27392	,19352
			-,338	134,598	,736	-,0402	,11899	-,27552	,19513

ANEXO 6

Análise de dados – estatística inferencial.

A qualidade:

- ✓ Hierarquização não paramétrica.
- ✓ Correlações.
- ✓ Teste t.
- ✓ Análise de variância.
- ✓ Análise de regressão.

**HIERARQUIZAÇÃO NÃO-PARAMÉTRICA:
Friedman Test**

Grupo Profis. = Médico

Ranks^a

	Mean Rank
PQ1	11,70
PQ2	9,96
PQ3	9,24
PQ4	11,01
PQ5	7,87
PQ6	7,35
PQ7	7,76
PQ8	12,06
PQ9	13,18
PQ10	7,07
PQ11	6,07
PQ12	6,98
PQ13	10,06
PQ14	8,94
PQ15	8,45
PQ16	9,26
PQ17	6,04

a. Grupo Profis. = Médico

Test Statistics^{a,b}

N	41
Chi-Square	159,106
df	16
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

b. Grupo Profis. = Médico

Grupo Profis. = Enferm

Ranks^a

	Mean Rank
PQ1	10,81
PQ2	9,30
PQ3	8,88
PQ4	9,92
PQ5	8,20
PQ6	9,15
PQ7	8,95
PQ8	11,17
PQ9	11,87
PQ10	6,17
PQ11	6,99
PQ12	7,14
PQ13	9,06
PQ14	9,26
PQ15	8,27
PQ16	9,74
PQ17	8,14

a. Grupo Profis. = Enferm

Test Statistics^{a,b}

N	178
Chi-Square	350,738
df	16
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

b. Grupo Profis. = Enferm

Grupo Profis. = TDT

Ranks^a

	Mean Rank
PQ1	11,65
PQ2	9,20
PQ3	9,65
PQ4	10,15
PQ5	6,81
PQ6	7,56
PQ7	8,05
PQ8	10,21
PQ9	13,07
PQ10	7,82
PQ11	7,18
PQ12	6,32
PQ13	9,86
PQ14	9,51
PQ15	8,66
PQ16	9,49
PQ17	7,79

a. Grupo Profis. = TDT

Test Statistics^{a,b}

N	40
Chi-Square	108,075
df	16
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

b. Grupo Profis. = TDT

Grupo Profis. = TSS

Ranks^a

	Mean Rank
PQ1	10,46
PQ2	8,92
PQ3	7,88
PQ4	10,69
PQ5	8,54
PQ6	6,69
PQ7	6,73
PQ8	12,50
PQ9	13,38
PQ10	6,85
PQ11	5,46
PQ12	7,81
PQ13	11,12
PQ14	10,92
PQ15	7,00
PQ16	9,62
PQ17	8,42

a. Grupo Profis. = TSS

Test Statistics^{a,b}

N	13
Chi-Square	47,507
df	16
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

b. Grupo Profis. = TSS

Grupo Profis. = Admin

Ranks^a

	Mean Rank
PQ1	7,79
PQ2	8,86
PQ3	8,93
PQ4	8,21
PQ5	8,36
PQ6	8,64
PQ7	9,07
PQ8	10,64
PQ9	11,43
PQ10	7,86
PQ11	6,86
PQ12	5,86
PQ13	9,21
PQ14	12,14
PQ15	10,57
PQ16	10,93
PQ17	7,64

a. Grupo Profis. = Admin

Test Statistics^{a,b}

N	7
Chi-Square	16,303
df	16
Asymp. Sig.	,432

a. Friedman Test

b. Grupo Profis. = Admin

CORRELAÇÕES:

Correlations

		Índice Qualidade	CC1	CC3	CC8
Índice Qualidade	Pearson Correlation	1	,240**	,171**	,213**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,004	,000
	N	279	277	277	278
CC1	Pearson Correlation	,240**	1	,285**	,165**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,005
	N	277	293	292	292
CC3	Pearson Correlation	,171**	,285**	1	,395**
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	.	,000
	N	277	292	293	292
CC8	Pearson Correlation	,213**	,165**	,395**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,000	.
	N	278	292	292	293

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Índice Qualidade	DRI5	DRI6	DRI7	DRI8
Índice Qualidade	Pearson Correlation	1	,244**	,274**	,281**	,247**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
	N	279	273	275	278	277
DRI5	Pearson Correlation	,244**	1	,492**	,281**	,489**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
	N	273	288	285	285	285
DRI6	Pearson Correlation	,274**	,492**	1	,688**	,325**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
	N	275	285	292	289	289
DRI7	Pearson Correlation	,281**	,281**	,688**	1	,343**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
	N	278	285	289	293	290
DRI8	Pearson Correlation	,247**	,489**	,325**	,343**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
	N	277	285	289	290	292

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Índice Qualidade	DAI1	DAI2	DAI4
Índice Qualidade	Pearson Correlation	1	,210**	,222**	,320**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	279	278	278	278
DAI1	Pearson Correlation	,210**	1	,238**	,174**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,003
	N	278	294	292	293
DAI2	Pearson Correlation	,222**	,238**	1	,239**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	278	292	293	292
DAI4	Pearson Correlation	,320**	,174**	,239**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000	
	N	278	293	292	294

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TESTE T:

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
F1 PQ	Femin	201	-,0009044	1,01818936	,07181754
	Masc	76	,0251537	,94903256	,10886150
Índice Qualidade	Femin	201	3,6649	,88045	,06210
	Masc	76	3,7051	,88481	,10149

Independent Samples Test

		Levene's Test for equality of Variance		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
F1 PQ	Equal variance assumed	1,292	,257	-,194	275	,847	0260580	3463236	,291099	,898300
	Equal variance not assumed			-,200	144,244	,842	0260580	3041697	,283833	,8171721
Índice Qualid:	Equal variance assumed	,054	,817	-,339	275	,735	-,0402	,11872	-,27392	,19352
	Equal variance not assumed			-,338	134,598	,736	-,0402	,11899	-,27552	,19513

ANÁLISE DE VARIÂNCIA:

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

REGR factor score 1 for analysis 1

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,740	4	274	,566

ANOVA

REGR factor score 1 for analysis 1

Qualidade	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups (Grupo Profissional)	2,297	4	,574	,571	,684
Within Groups	275,703	274	1,006		
Total	278,000	278			

Test of Homogeneity of Variances

REGR factor score 1 for analysis 1

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,348	32	234	,110

ANOVA

REGR factor score 1 for analysis 1

Qualidade	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups (Idade)	42,005	40	1,050	1,046	,404
Within Groups	234,949	234	1,004		
Total	276,955	274			

ANÁLISE DE REGRESSÃO:

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	F1 PQ	.	Stepwise (Criteria: Probabilit y-of- F-to-enter <= ,050, Probabilit y-of- F-to-remo ve >= ,100).
2	F3 PQ	.	Stepwise (Criteria: Probabilit y-of- F-to-enter <= ,050, Probabilit y-of- F-to-remo ve >= ,100).
3	F2 PQ	.	Stepwise (Criteria: Probabilit y-of- F-to-enter <= ,050, Probabilit y-of- F-to-remo ve >= ,100).

a. Dependent Variable: Índice Qualidade

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,945 ^a	,893	,893	,28800	,893	2320,459	1	277	,000
2	,975 ^b	,951	,950	,19655	,057	318,741	1	276	,000
3	1,000 ^c	1,000	1,000	,01195	,049	4332,284	1	275	,000

a. Predictors: (Constant), F1 PQ

b. Predictors: (Constant), F1 PQ, F3 PQ

c. Predictors: (Constant), F1 PQ, F3 PQ, F2 PQ

d. Dependent Variable: Índice Qualidade

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	192,470	1	192,470	2320,459	,000 ^a
	Residual	22,976	277	,083		
	Total	215,446	278			
2	Regression	204,784	2	102,392	2650,475	,000 ^b
	Residual	10,662	276	,039		
	Total	215,446	278			
3	Regression	215,407	3	71,802	502421,7	,000 ^c
	Residual	,039	275	,000		
	Total	215,446	278			

a. Predictors: (Constant), F1 PQ

b. Predictors: (Constant), F1 PQ, F3 PQ

c. Predictors: (Constant), F1 PQ, F3 PQ, F2 PQ

d. Dependent Variable: Índice Qualidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,672	,017		212,950	,000		
	F1 PQ	,832	,017	,945	48,171	,000	1,000	1,000
2	(Constant)	3,672	,012		312,034	,000		
	F1 PQ	,657	,015	,746	42,831	,000	,591	1,693
	F3 PQ	,274	,015	,311	17,853	,000	,591	1,693
3	(Constant)	3,672	,001		5130,238	,000		
	F1 PQ	,466	,001	,529	399,065	,000	,377	2,649
	F3 PQ	,262	,001	,298	281,075	,000	,590	1,696
	F2 PQ	-,279	,001	-,317	-272,639	,000	,492	2,033

a. Dependent Variable: Índice Qualidade

Excluded Variables^f

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	F2 PQ	-,331 ^a	-16,843	,000	-,712	,493	2,029	,493
	F3 PQ	,311 ^a	17,853	,000	,732	,591	1,693	,591
2	F2 PQ	-,317 ^b	-272,639	,000	-,998	,492	2,033	,377

a. Predictors in the Model: (Constant), F1 PQ

b. Predictors in the Model: (Constant), F1 PQ, F3 PQ

c. Dependent Variable: Índice Qualidade

Collinearity Diagnostics^g

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	F1 PQ	F3 PQ	F2 PQ
1	1	1,000	1,000	1,00	,00		
	2	1,000	1,000	,00	1,00		
2	1	1,640	1,000	,00	,18	,18	
	2	1,000	1,281	1,00	,00	,00	
	3	,360	2,133	,00	,82	,82	
3	1	2,226	1,000	,00	,06	,08	,07
	2	1,000	1,492	1,00	,00	,00	,00
	3	,526	2,057	,00	,01	,67	,37
	4	,248	2,994	,00	,93	,25	,56

a. Dependent Variable: Índice Qualidade

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,9853	4,9971	3,6717	,88025	279
Residual	-,0388	,0397	,0000	,01189	279
Std. Predicted Value	-3,052	1,506	,000	1,000	279
Std. Residual	-3,243	3,324	,000	,995	279

a. Dependent Variable: Índice Qualidade

ANEXO 7

Documentação do estudo:

- ✓ Pedido de autorização.
- ✓ Homologação da autorização.

A conselheiro de C.A.

Presidente do C.A.

J. Gonçalves Júnior

cu/03/08

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Distrital de Faro

José Luís Ascenso Coelho, Fisioterapeuta colocado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação deste hospital, com o n.º mecanográfico 3046, vem solicitar a V.Exa. autorização para, no âmbito do Curso de Mestrado em Sociologia que frequenta, aplicar inquérito por questionário a profissionais a exercer nesta organização.

Junto anexa cópia de documento comprovativo de aprovação, em sede académica, da proposta de investigação apresentada.

Mais informa a inclusão no protocolo ético, da garantia de anonimato da organização, para além do círculo académico interessado.

Faro, 2004-03-08

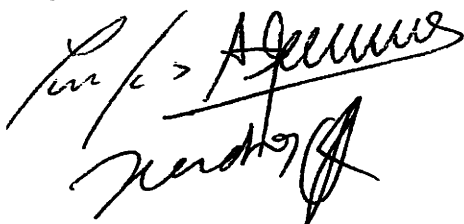
Respeitosamente



*Comissão de Ética
para a saúde.*

10.03.2004

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE

Conselho de Administração
Entrada n.º <u>3046</u>
Data entrada <u>8/3/04</u>
Data saída: <u> / / </u>

HOSPITAL DISTRITAL DE FARO



Ministério da Saúde

**Ex.mo Senhor
José Luís Ascenso Coelho
Serviço de Medicina Física e
Reabilitação do
Hospital Distrital Faro**

Comissão de Ética para a Saúde

Sua Referência

Sua Comunicação

N/ref.ª

Data

Assunto: Projecto de Investigação “ A LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.”

Tendo sido pedido parecer à Comissão de Ética para a Saúde do HDF sobre o projecto mencionado em epígrafe, solicitamos que nos seja enviado o respectivo protocolo do projecto de investigação bem como os questionários que irão ser aplicados.

No sentido de esclarecer algumas dúvidas, gostaríamos de contar com a sua presença na próxima reunião da CES no dia 26/03/04, às 10 horas, sito no 1.º Andar – A, no Edifício do Lar do HDF.

Com os melhores cumprimentos.

Faro, 12 de Março de 2004

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital Distrital de Faro

(Dr.ª. Marília Barros)





Ministério da Saúde

Ex.mo Senhor
Dr. José Luís Ascenso Coelho
Serviço de Medicina Física e
Reabilitação do
Hospital Distrital Faro

Comissão de Ética para a Saúde

Sua Referência

Sua Comunicação

N/ref.ª

Data

Assunto: Projecto de Investigação “ A LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.”

A proposta de estudo exploratório de caso de um Hospital do SNS, no âmbito na dissertação da tese do mestrado, particularmente o Protocolo de Investigação não apresenta matéria suficientemente objectiva e concreta para análise por esta Comissão, para além de poder reconhecer o interesse subjacente às questões de investigação e uma intenção de metodologia que parece adequada a estas questões.

Sob o ponto de vista ético, apresenta-se no entanto, pertinente a este órgão o sentido dos questionários a implementar e o tratamento posterior.

Pelo que só poderá ser emitido parecer depois da análise dos conteúdos dos questionários e do método do tratamento da informação.

Com os melhores cumprimentos.

Faro, 08 de Abril de 2004

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital Distrital de Faro

(Dr.ª. Marília Barros)

José Luís Coelho
Serviço de MFR
HDF

À
Comissão de Ética para a Saúde do
Hospital Distrital de Faro

Exma. Snra. Presidente,
Dra. Marília Barros

De acordo com o solicitado, junto envio cópia do questionário – versão pré-teste – a utilizar no estudo já apresentado.

Os dados obtidos serão tratados, conforme apresentado no protocolo de investigação, por técnica quantitativa, com recurso a software de tratamento estatístico para ciências sociais – SPSS – numa abordagem centrada no estudo da interdependência entre as variáveis definidas pelas escalas que integram o questionário.

Reafirmo, naturalmente, a disponibilidade para qualquer esclarecimento que se entenda conveniente.

Com os melhores cumprimentos,

Faro, 2004-05-04



COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE
HDF (110)



Comissão de Ética

Homologado
J2.5.2004
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
Ministério da Saúde

[Handwritten signatures]

PARECER N.º 13/04

Assunto: Projecto de Investigação “ A LÓGICA DE ACÇÃO DOS ACTORES NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.”

Investigador: Dr. José Luís Ascenso Coelho

No âmbito do pedido de parecer sobre a proposta de um estudo exploratório de caso de um Hospital do SNS mencionado em epígrafe, foi solicitado, em 12/03/04, ao proponente, o envio do resumo do projecto de investigação bem como um exemplar dos inquéritos a aplicar aos profissionais a exercer nesta instituição.

Em reunião da CES de 07/05/02004, após análise dos elementos solicitados, reconhecemos que não levanta objecções éticas à sua realização nomeadamente, no que se refere à salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados.

Faro, 07 de Maio de 2004

A Comissão de Ética para a Saúde do HDF

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]