

**Empenhamiento Organizacional
de Profissionais de Saúde
em Hospitais com Diferentes
Modelos de Gestão**

Manuela Frederico

**Gestão da Qualidade,
Contributos do Processo de
Acreditação King's Fund na
Perspectiva das High Reliability
Organizations**

André Caetano de Oliveira

**Serviços Logísticos, que Suporte à
Actividade Hospitalar?**

Helena Pestana

**Cultura Organizacional
e Estilo de Gestão**

Luis Monteiro e Ricardo Valente

Sumário



2 Normas de Publicação

3 Conselho Científico

4 Estatuto Editorial

5 Editorial
Miguel Sousa Neves

6 Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão



14 Gestão da Qualidade, Contributos do Processo de Acreditação King's Fund na Perspectiva das High Reliability Organizations (Parte I)

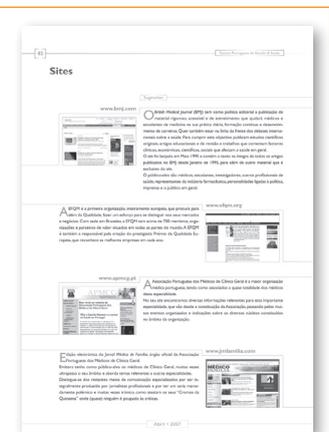
22 Serviços logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar? (Parte I)

30 Cultura Organizacional e Estilo de Gestão

38 Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

39 Ficha de Inscrição

40 Sugestões de Sites



Normas de Publicação

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) tem como objectivo analisar artigos, estudos e casos na área da gestão em saúde a partir de uma orientação científica. Por isso, apresentamos um conjunto de procedimentos formais que devem ser seguidos nos trabalhos a publicar, com o objectivo de os homogeneizar, diminuindo o trabalho complexo e moroso na revisão formal dos artigos e facilitando a tarefa dos avaliadores da RPGS.

Foram definidas as seguintes normas científicas de publicação que deverão ser seguidas pelos autores:

1. Todos os leitores com investigação académica ou jornalística na área da Gestão em Saúde podem submeter trabalhos originais no formato de artigos, estudos, casos ou resumos de teses de mestrado ou doutoramento. Também se aceitam resumos de livros, na área da Gestão em Saúde, notícias das instituições e eventos académicos.
2. Os trabalhos devem ser redigidos em português, no formato Word, em Times New Roman, corpo de letra 12 e espaço e meio. Os artigos, estudos e casos podem ter a extensão máxima de 30 mil caracteres (o equivalente a cerca de 15 páginas A4 dactilografadas), incluindo espaços, resumos, palavras-chave, CV, figuras, tabelas e gráficos, notas e referências bibliográficas.
3. Em todas as propostas deverão constar os CV resumidos (no máximo de 4 linhas) dos autores, em português e em inglês, i.e., enquadramento institucional, grau académico, funções actuais, e-mail, telefone e morada para envio de correspondência.
4. A fim de intensificar e promover o intercâmbio entre a comunidade científica nacional e internacional, os trabalhos têm de incluir, para além do título em português e inglês, o resumo em português e o *abstract* em inglês, cada um com não mais de 1.000 caracteres. O resumo/*abstract* deve expor o objectivo do trabalho, a metodologia seguida no mesmo, os resultados obtidos e as conclusões apresentadas.
5. Após o resumo e o *abstract* é indispensável a indicação das palavras-chave e *key-words*, respectivamente, representativos do trabalho (no máximo de 5).
6. Os trabalhos devem ser ordenados da seguinte forma: página com título na língua original, nomes, e-mails e CV resumidos dos autores em português e inglês (pela ordem da língua original), seguido à parte da repetição do título na língua original, resumo/*abstract* (conforme a língua do trabalho, aparece a do original primeiro), palavras-chave/*key-words* (conforme a língua do trabalho), título traduzido para português ou inglês (conforme a língua do trabalho), data da conclusão do trabalho, texto, notas referências bibliográficas e anexos.
7. As referências bibliográficas apresentadas devem ser integradas no texto de acordo com o sistema "apelido, data" (i.e., Hughes, 2000). Em caso de citações textuais, deve acrescentar-se o número da(s) página(s). Exemplos:
 - "Consequentemente, Shah (1998) classifica-a como...";
 - "Como é referido por Kelly (1995, p. 62) ...";
 - "Relativamente às expectativas do público, David (1975, pp. 47-50) ...";
 - Diversos autores: (Farr e oscovici, 1984) ou (Lewin et al., 1944).
8. A lista de referências bibliográficas, obrigatória e a incluir no final do texto, será organizada alfabeticamente e deverá obedecer ao formato dos exemplos seguintes:
 - Livro: CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. EUA: Addison-Wesley.
 - Livro traduzido: SCHUMPTER, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. Trad. R. Opie da 2ª ed. alemã (1926). Cambridge: Harvard University Press. [no corpo do texto deve referir-se: "SCHUMPTER (1926/1934) ..."]
 - Capítulo de livro: LOVEMAN, G. (1994), «An assessment of the productivity impact on information technologies». In T. Allen e M. Scott-Morton (eds.), *Information Technology and the Corporation of the 1990s: Research Studies*. Cambridge: MIT Press, pp. 84-110.
 - Artigo de publicação: ORTON, J. and WEICK, K. (1990). «Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization». *Academy of Management Review*, vol. 15, n.º 2, pp. 203-223.
9. A publicação dependerá da avaliação anónima dos membros do Conselho Científico da RPGS. O Director e a Redacção reservam-se ao direito de não publicar os originais a que o Conselho Científico não atribua nível adequado ou que não obedecem às normas aqui referidas. Os autores serão avisados da sua publicação num prazo máximo de três meses. Poderão ser sugeridas pistas para o aperfeiçoamento dos trabalhos. Em cada trabalho serão indicadas as datas de recepção e de aceitação.
10. O material deve ser entregue em suporte electrónico, sendo preferível em anexo de e-mail.
11. O envio de um trabalho implica compromisso por parte dos autores de publicação exclusiva na RPGS, sendo o trabalho da sua inteira responsabilidade.
12. Os originais aceites para publicação ficam propriedade editorial da RPGS. Qualquer reprodução integral ou parcial dos mesmos só pode ser efectuada após autorização escrita do Director ou da Redacção e requerer referência à RPGS. Os originais não publicados não serão devolvidos.

Enviar correspondência para:
Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 – Póvoa de Varzim
Tel: 916 379 486 • Fax: 252 688 939
E-mail: spgsaude@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

António Correia de Campos
Armindo Rebelo
Duarte Nuno Vieira
Frederico José Teixeira
Hugo Meireles
Isabel Ramos
Jorge Correia Jesuíno
José Fragata
José Miguel Boquinhas
José Nascimento Costa
Luís Almeida Santos
Luís Antero Reto
Luís Campos
Luís Filipe Pereira
Luís Martins
Maria de Belém Roseira
Vitor Gil
Victor Hugo Pereira

CONSELHO EDITORIAL

Ângela Dias
Camila Tapadinhas
Helena Bugada
João Bispo
João Furtado
Lino Rosado

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º2 • Abril 2007

DIRECTOR

Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO

Carla Duque Vaz

DESIGN, PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

VFBM - Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212 • 4490-402 – Póvoa de Varzim
E-mail: spgsaude@sapo.pt
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL:

239095/06

REGISTO ICS:

Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:

Quadrimestral

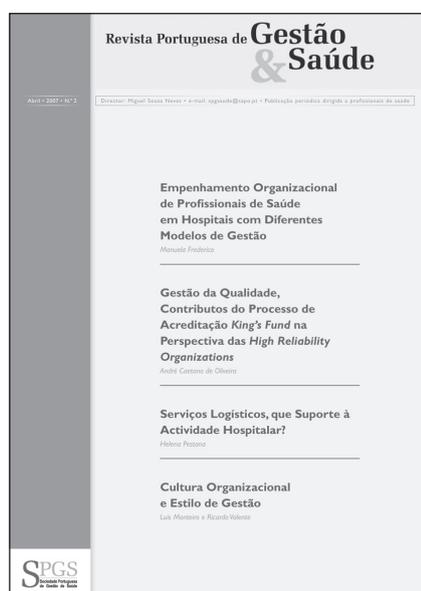
PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:

FOCOM XXI - Centro Gráfico, Lda. • Rio Maior

TIRAGEM

2.500 exemplares

Estatuto Editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A RPGS orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A RPGS é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A RPGS reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como liame de existência a sua credibilidade pública. A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade. Através da RPGS, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Editorial



Miguel Sousa Neves
Director
msn@net.sapo.pt

Cabe-me iniciar este editorial pedindo desculpas aos leitores pelo atraso deste número.

As razões prendem-se essencialmente com uma indefinição do tipo de revista que queríamos tendo em devida conta o público a que ela se dirige, os custos da mesma e a dificuldade em obter artigos de reconhecida qualidade.

Com a tomada de posse de uma nova equipa foi decidido que iríamos manter a revista na estrutura inicial pretendendo que a mesma seja essencialmente de carácter científico.

Como revista de carácter informativo iremos incorporar uma *newsletter* no site em remodelação.

Aproveito a oportunidade para informar que temos agora um parceiro institu-

cional – a empresa MONTE SGPS – que amavelmente decidiu contribuir para uma causa que não lhe traz quaisquer mais-valias imediatas mas que se insere na sua aposta em apoiar iniciativas de carácter científico que possam ser úteis à sociedade em geral.

Os artigos que estão incluídos neste número são diversificados mas todos apontam para a **estrutura organizacional** dos nossos hospitais.

O primeiro artigo é muito interessante na medida em que avalia o empenhamento nos vários modelos de gestão hospitalar e grupos profissionais. Logo de seguida, é abordada a Gestão da Qualidade na perspectiva do contributo do processo de acreditação King's Fund. Um outro artigo descreve

os serviços logísticos de uma Unidade Hospitalar fazendo com que a sua leitura nos leve a uma melhor compreensão da complexidade dos processos de organização logística actual dos hospitais. O último artigo faz parte de um tema geral de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde que tem vindo a ser desenvolvido desde o número 0 da Revista.

Por último é feita referência a sites julgados relevantes para os leitores desta Revista assim como se publicam os nomes dos componentes dos actuais Órgãos Sociais da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde a qual tem como objectivo principal ser um fórum de discussão de tudo o que se relaciona com a gestão da saúde em Portugal.

Esclarecimento

Exmos. Srs. Professores,
Os meus cumprimentos.

Venho, respeitosamente, em prol do rigor que a Revista merece, chamar a atenção de V. Exas. para um erro, por omissão, no vosso artigo “Dimensão de análise da Competitividade Hospitalar em Portugal” publicado na Revista Port. Gest. & Saúde, nº 1.

1) quando referem que das 31 entidades da rede hospitalar há a assinalar “os seguintes casos que se distinguem por integrarem unidades geograficamente dispersas(...)” omitem, inadmissivelmente o mais antigo Centro Hospitalar português, criado pelo D.L 93/71 de 22 de Março : **O Centro Hospitalar de Coimbra**, que integra o

Hospital Geral do CHC (conhecido pelo “Hospital dos Covões”), a Maternidade Bissaya Barreto e o Hospital Pediátrico de Coimbra. Este Centro Hospitalar, cobre uma área de influência de meio milhão de habitantes e que é Hospital de referência de dois importantes Hospitais Distritais - Leiria e Figueira da Foz.

Trata-se de uma instituição com um total de 2.476 trabalhadores, com uma lotação total de 639 camas, com 25.416 doentes saídos em 2005, com uma taxa de ocupação de 86,6% e uma demora média de 7,74d. Em 2005 realizou 127.000 Urgências, 214.000 consultas, 17.000 cirurgias e 3.101 partos. Creio, por estes motivos,

tratar-se de uma Instituição a ter sempre presente quando se escreve sobre a Organização da Rede Hospitalar.

2) Acresce ainda que este CHC entrou em Fevereiro no seu processo de transformação do Estatuto Jurídico para passar a EPE em 31 de Julho deste ano. Espero ter sido útil com esta informação, não ter sido mal interpretado na mesma, mas que decidi enviar no sentido do rigor que gostaria que sempre houvesse nesta jovem e útil publicação.

Com as minhas saudações,

Rui Pato
(Presidente do Conselho
de Administração do CHC)

Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão

Manuela Frederico **Autora**

Resumo

O estudo do empenhamento organizacional tem, desde há vários anos, suscitado acrescido interesse entre os investigadores das organizações, na perspectiva de compreender a intensidade e estabilidade da dedicação do indivíduo à organização. Na última década tem vindo a ganhar aceitação o modelo de Meyer e Allen, que considera o empenhamento organizacional como sendo formado por três componentes – afectivo, normativo e instrumental.

O trabalho empírico centra-se no empenhamento organizacional dos profissionais de saúde, analisando a relação entre características individuais e organizacionais e o empenhamento organizacional, e analisado em que medida esta relação é mediada pelo modelo de gestão e pelo grupo profissional. A amostra é constituída por 1.321 médicos e enfermeiros a trabalhar em seis unidades hospitalares, enquadradas em três modelos de gestão: tradicional, empresarial e privado.

Encontraram-se diferentes níveis de empenhamento nos vários modelos de gestão e grupos profissionais, embora algumas diferenças não tenham relevância estatística. Evidenciou-se que são distintos os factores que conduzem ao empenhamento em cada modelo de gestão e em cada grupo profissional.

Palavras-chave

Empenhamento organizacional, modelos de gestão hospitalar, médicos, enfermeiros

Title

Organizational Commitment of Health Professional in Hospitals of the different Governance Models

Abstract

The study of organizational commitment has received increased interest among organizational researchers, aiming to understand the strength and stability of the individual's attachment to the organization. Despite the lack of consensus around the concept and measurement of commitment the model of Meyer and Allen has achieved increased acceptance in the last decade. This model considers that organizational commitment is made up of three components: affective, normative and continuance. Individual and organization antecedents are assessed for different governance models and professional groups.

The sample consists of 1.321 doctors and nurses working in six hospital units, currently using three different governance models: public hospital with traditional public management, public hospital with business management and private hospital with private management.

The results show that the governance model has a relative impact on the level of organizational commitment. The factors that lead to each type of commitment are also distinct.

Key-Words

Organizational commitment, governance models in hospital, doctors, nurses

INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre empenhamento organizacional tem-se tornado cada vez mais importante, porquanto as organizações se preocupam com o sucesso e com a competi-

vidade e têm consciência da necessidade dos colaboradores se identificarem com a organização e actuarem em prol dos seus objectivos. Alguns autores (p.ex., Lincoln e Kalleberg, 1990; Ko, Price e Mueller,

1997) referem que há mais de duas décadas que o conceito de empenhamento organizacional atraiu considerável atenção no estudo das organizações e encontrou popularidade na literatura especializada de com-

portamento organizacional. Numa era marcada por rápidas e constantes mudanças, as organizações necessitam de atrair e manter as pessoas, desenvolvendo nelas níveis elevados de empenhamento organizacional,

entendido como uma ligação psicológica entre os indivíduos e a organização. O empenhamento organizacional e o aumento da produtividade são aspectos críticos para os gestores, especialmente em organizações de saúde (McNeese-Smith, 1996). Meyer e Allen (1997) alertam para o facto do conhecimento do empenhamento possibilitar às organizações uma gestão mais eficiente da mudança. Além disso, para serem bem sucedidas, as organizações não podem ignorar os laços que ligam as pessoas às organizações e necessitam especialmente de prestar atenção às práticas, políticas e ocorrências que podem influenciá-los.

Algumas pesquisas salientam que entre as variáveis estudadas em comportamento organizacional, o empenhamento organizacional parece ser a que melhor prevê as intenções comportamentais dos colaboradores (Iverson e Roy, 1994). Vários autores (p.ex. Steers, 1977; Mowday, Steers e Porter, 1979; Legge, 1995; Meyer, 1997) têm-se preocupado em identificar antecedentes do empenhamento organizacional, ou seja, identificar variáveis e factores que de alguma forma “determinam” esse empenhamento.

Apesar de alguma aparente diversidade conceptual do empenhamento organizacional, pa-

rece emergir de todas as conceptualizações, que este liga o indivíduo à organização e que se refere à força com que ele se identifica com essa organização e nela participa.

Estes argumentos reforçam o conceito de empenhamento organizacional como “o ponto em que o indivíduo aceita e interioriza os objectivos e os valores de uma organização e como vê a função organizacional em termos da sua contribuição para esses objectivos e valores, para além de quaisquer instrumentalismos pessoais que podem reforçar o seu contributo” (DeCotiis e Summers, 1987, p. 448).

Na última década, tem vindo a ganhar aceitação o modelo de Meyer e Allen, que considera o empenhamento organizacional como sendo formado por três componentes cada um referindo diferentes tipos de ligações para com a organização. Considera-se que estes componentes se desenvolvem como uma função de diferentes determinantes e com diferentes implicações para o comportamento organizacional. Meyer e Allen (1991) apontam que o empenhamento afectivo refere-se ao vínculo emocional, à identificação e ao envolvimento do indivíduo na organização; o empenhamento normativo respeita ao sentimento de obrigação de continuar na organização; e o empenha-

mento instrumental refere-se à consciência dos custos (ou dos benefícios perdidos) associados a deixar a organização.

Dada a complexidade das organizações de saúde e, consequentemente dos comportamentos nelas emergentes, o empenhamento organizacional parece ser um bom indicador da relação do profissional com a organização, uma vez que englobando as dimensões afectiva, normativa e instrumental, enfatiza as diferentes componentes dessa relação. A complexidade do mercado da saúde afecta, naturalmente, a dimensão económica e social, uma vez que, e partilhando a opinião de Dunlop e Martins (1995), os cuidados de saúde são não só uma parte integrante do sistema social, mas também um importante sector económico. O sucesso do mercado da saúde depende, entre outras coisas, dos ganhos de produtividade na prestação dos cuidados de saúde. Segundo alguns autores (p.ex., Chernichovsky, 1995), as recentes reformas, ou propostas de reforma dos sistemas de saúde, parecem assentar na competição para promover a eficiência. Acresce o facto dos sistemas de saúde poderem ser considerados como uma parte integrante da competitividade dum país (Dunlop e Martins, 1995). Recorde-se também a evolução

da situação financeira em Portugal relativamente aos gastos públicos em saúde no Produto Interno Bruto (PIB).

A influência do *new public management* nas reformas da saúde tem sido vasta, reflectindo-se em aspectos, como o desenvolvimento de mercados internos, o aumento da competição ao nível das entidades prestadoras de cuidados, a clara separação entre as instituições financiadoras e as instituições prestadoras, a promoção da descentralização e contratualização, a tentativa de incorporar mecanismos de *empowerment* dos utentes face ao sistema, e em diversas inovações e experiências ao nível organizacional (Harding e Preker, 2000).

MATERIAL E MÉTODOS

Com o objectivo de analisar factores que subjazem ao desenvolvimento do empenhamento dos indivíduos na organização onde trabalham, conceptualiza-se um modelo de análise, baseado na revisão da literatura, onde se integram dois tipos de variáveis independentes: características individuais e percepção das condições de trabalho e aspectos organizacionais. Pretende-se analisar em que medida a relação entre estes tipos de variáveis e o empenhamento organizacional é moderada pelo modelo de gestão hospitalar e

Manuela Frederico

mfrederico@eseaf.pt

Professora-coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Doutorada em Ciências Empresariais pela Universidade do Minho.

Teacher at the Nurses School of Coimbra. Ph.D. is in Business Sciences at the University of Minho.

pelo grupo profissional. O instrumento de medida do empenhamento organizacional, bem como de variáveis que com ele possam estar relacionadas, consistiu num questionário cuja elaboração decorreu em fases sucessivas, desde a recolha das escalas disponíveis, à construção de itens através da literatura até aos pré-teste. Procedeu-se à realização de dois ciclos de pré-teste, com a aplicação de questionários, em número de 191 e de 484 respectivamente. O instrumento é constituído por questões de resposta fechada, com escala de concordância *tipo Likert*. Apresenta-se, no sentido de controlar a possível polarização das respostas, algumas afirmações formuladas na negativa. A medição da variável 'empenhamento organizacional' é efectuada através de um índice composto por 16 itens, correspondendo ao empenhamento afectivo (5 itens), ao empenhamento normativo (5 itens) e ao empenhamento instrumental (6 itens). Para o estudo da fidedignidade procedeu-se à análise de consistência interna – uma medida da sua *confiabilidade* – através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de *tipo Likert* (Pestana e Gageiro, 2000). Qualquer uma das escalas usadas apresenta consis-

tência interna superior a 0,70, o que, seguindo a opinião de Nunnally (1978), se pode considerar adequado para medir a variável que se pretende. Para maior rigor, só se aceitaram itens que apresentassem correlações com o total da escala superiores a 0,30.

A necessidade de dados num período específico de tempo torna imperativa a utilização de uma amostra. Assim, seleccionaram-se organizações que fazem parte da população de acesso, permitam responder aos objectivos do estudo. Essas organizações são seis hospitais com diferentes formas de gestão, nomeadamente gestão tradicional da Administração Pública, formas inovadoras de gestão de hospitais públicos e hospitais privados de gestão privada.

A versão final do questionário foi distribuída em envelope, nos hospitais referidos, a todos os médicos excepto chefes e directores de serviço e a todos os enfermeiros prestadores de cuidados, excluindo, portanto, os enfermeiros-chefe e supervisores, cuja área de actuação se enquadra na gestão. A estratégia de distribuição e recolha dos questionários foi definida com cada Conselho de Administração.

RESULTADOS

Foram seleccionados seis organizações hospitalares, com um

total de 4.052 potenciais respondentes. Destas, quatro são públicas, uma das quais gerida por modelo de empresariação, e duas são privadas. O valor obtido para a taxa global de resposta é de 34,01%.

Fazem parte da amostra 1.321 profissionais de saúde. Repartem-se em 120 (9,08%) médicos e 1.201 (90,92%) enfermeiros, sendo maioritariamente elementos do sexo feminino (71,84%) e casados (61,47%). O grupo etário mais representativo é o dos 30-39 anos (37,85%), seguindo-se o de menos de 30 anos (31,87%). Contudo, a amostra alargou-se a respondentes com 60 e mais anos (0,83%). Pertencem ao quadro da organização 84,48% dos respondentes. O tempo de serviço na profissão varia de menos de 1 ano (mas mais de 6 meses) a 35-40 anos, sendo o grupo mais representativo o de 1-4 anos (20,7%). O tempo de serviço na organização também varia entre menos de 1 ano e 35-40 anos, havendo maior expressão percentual no grupo 1-4 anos (31,34%) seguindo-se o grupo de 5-9 anos (22,94%). Quanto ao tempo no actual serviço, 52,01% encontram-se no serviço há menos de 5 anos.

O valor médio global do empenhamento organizacional situa-se em 2,88 +/- 0,69.

Verifica-se que o empenhamento organizacional apresenta o

nível mínimo no grupo 30-39 anos (2,78 +/- 0,68), subindo depois para atingir o valor máximo no grupo acima dos 60 anos (3,27 +/- 0,45). A diferença é significativa ($F=9,85$; $p<0,001$). Atendendo à variação descrita, poder-se-ia estar perante uma situação de grandes assimetrias percentuais nos grupos etários nas diferentes instituições e, por exemplo, a juventude dos profissionais numa instituição em relação a outra ser responsável por tais resultados, mas em qualquer dos modelos de gestão a percentagem de respondentes com idade inferior a 40 anos é superior a 60%.

Os respondentes do sexo feminino manifestam um empenhamento organizacional mais elevado (2,90 +/- 0,70) do que os do sexo masculino (2,83 +/- 0,68). Contudo, esta diferença não tem relevância estatística. Relativamente ao estado civil, o grupo dos divorciados e viúvos é o que apresenta valores superiores (3,11 +/- 0,59) e o grupo dos casados o que apresenta valores mais baixos (2,86 +/- 0,69). Esta diferença é significativa ($F=5,04$; $p<0,001$). Quanto ao tipo de vínculo, os contratados apresentam níveis mais elevados de empenhamento organizacional (3,00 +/- 0,71), do que aqueles que pertencem ao quadro da instituição (2,86 +/- 0,69). A análise estatística da diferença

revelou-se significativa ($t=2,77$; $p<0,001$). No que se refere ao empenhamento organizacional e tempo na organização, verifica-se que o valor médio mais elevado se encontra no grupo que está na organização há 35 ou mais anos ($3,38 \pm 0,21$). O valor mais baixo é apresentado pelo grupo que está na organização há mais de 5 e menos de 10 anos ($2,76 \pm 0,71$). A diferença entre grupos é significativa ($F=8,04$; $p<0,001$). Quanto ao empenhamento organizacional segundo o tempo no actual serviço, verifica-se que o grupo que está no actual serviço há mais de 20 e menos de 25 anos apresenta os valores mais elevados ($3,15 \pm 0,61$) e o grupo que está há mais de 5 e menos de 10 anos, apresenta os valores mais baixos ($2,76 \pm 0,68$), sendo a diferença significativa ($F=3,12$; $p<0,05$).

Para assegurar que o modelo de regressão não tem problemas originados na *multicolinearidade*, e apesar dos coeficientes de correlação entre as variáveis independentes serem $<0,90$, excepto entre as variáveis 'relação com as chefias' e 'percepção de justiça interaccional', analisa-se o VIF (*variance inflation factor*) para cada variável independente. Nas variáveis em análise, o VIF mais elevado é de 2,43 para a variável 'satisfação no trabalho', sendo inferior para todas as restantes. Esta análise,

e considerando a perspectiva de Pestana e Gageiro (2000, p. 493) de que "o valor habitualmente considerado como o limite acima do qual existe *multicolinearidade* é 10", possibilita uma indicação de que os resultados de regressão não são afectados pela *multicolinearidade*.

Procedendo à análise de regressão múltipla, pode verificar-se que a variável com maior poder explanatório é a 'percepção do suporte organizacional', cujo coeficiente de correlação é de 0,602 ($p<0,001$) que contribui, por si só, para explicar 36,2% da variância do empenhamento organizacional. Pelo procedimento *stepwise*, as variáveis 'segurança em relação ao futuro profissional', 'satisfação no trabalho', 'segurança mais importante que incentivos pecuniários', 'relação com o grupo', 'idade' e 'tipo de vínculo' são também sucessivamente incluídas no modelo, explicando no seu conjunto 43,9% da variância do empenhamento organizacional.

Pela análise bivariável, através da correlação de Pearson, entre o empenhamento organizacional e as variáveis que não entraram no modelo de regressão, encontram-se valores de correlação significativos respectivamente para as variáveis 'percepção de justiça procedimental' ($r=0,519$; $p<0,001$), 'percepção de justiça distributiva' ($r=0,428$;

$p<0,001$), 'relação com as chefias' ($r=0,381$; $p<0,001$), 'percepção de justiça interaccional' ($r=0,357$; $p<0,001$), 'autonomia no desenvolvimento das funções' ($r=0,354$; $p<0,001$), 'segurança por pertencer ao quadro' ($r=0,241$; $p<0,001$) e 'tempo na organização' ($r=0,124$; $p<0,001$).

Quando se agregam os hospitais em modelo tradicional, modelo empresarial e modelo privado, verifica-se que o valor mais elevado de empenhamento organizacional se encontra no privado ($2,92 \pm 0,73$) e o mais baixo no empresarial ($2,77 \pm 0,71$). Contudo, a diferença não é estatisticamente relevante.

Pode verificar-se, pela análise da regressão múltipla, que no modelo tradicional, a variável com maior poder explanatório é a 'percepção do suporte organizacional', contribuindo por si só para explicar 36,3% da variância do empenhamento organizacional. As variáveis 'relação com o grupo', 'satisfação no trabalho', 'segurança mais importante que incentivos pecuniários', 'idade', 'tipo de vínculo', 'segurança em relação ao futuro profissional', 'relação com as chefias' e 'percepção de justiça interaccional' também são predictoras do empenhamento organizacional nestes hospitais, explicando no seu conjunto 44,6% da variação desse empenhamento. Ao ní-

vel bivariável, neste modelo, o empenhamento organizacional apresenta uma correlação positiva moderada com a 'percepção de justiça procedimental' ($r=0,541$; $p<0,001$), com a 'percepção de justiça distributiva' ($r=0,436$; $p<0,001$) e uma correlação positiva baixa com a 'autonomia no desenvolvimento das funções' ($r=0,362$; $p<0,001$) e com a 'segurança por pertencer ao quadro' ($r=0,242$ $p<0,001$) e uma correlação positiva muito baixa com o 'tempo na organização' ($r=0,169$ $p<0,001$) e com o 'tempo no actual serviço' ($r=0,074$ $p<0,05$).

No modelo empresarial, a 'percepção do suporte organizacional' contribui por si só para explicar 52,0% da variância do empenhamento organizacional, mas são também incluídas no modelo as variáveis 'segurança em relação ao futuro profissional', 'autonomia no desenvolvimento das funções' e 'tipo de vínculo', explicando no seu conjunto 58,3% da variância do empenhamento organizacional. Neste modelo, procedendo à análise da correlação pode verificar-se que o empenhamento organizacional está correlacionado positivamente com a 'satisfação no trabalho' ($r=0,578$; $p<0,001$), com a 'percepção de justiça procedimental' ($r=0,428$; $p<0,001$), com a 'percepção de justiça distributiva' ($r=0,359$; $p<0,001$), com a 'segurança por

pertencer ao quadro' ($r=0,236$; $p<0,05$) e com a 'relação com as chefias' ($r=0,193$; $p<0,05$). A análise de regressão múltipla, no modelo privado, mostra que a variável 'satisfação no trabalho' contribui para explicar 31,2% da variância do empenhamento organizacional. Mas as variáveis 'segurança em relação ao futuro profissional' e 'estado civil' também são explicativas e, assim, no seu conjunto, estas variáveis explicam 44,2% da variância do empenhamento organizacional. Ao nível bivariável, neste modelo, o empenhamento organizacional apresenta uma correlação positiva moderada com a 'auto-

as chefias' ($r=0,401$; $p<0,001$) e uma correlação positiva baixa com a 'percepção de justiça interaccional' ($r=0,399$; $p<0,001$), com a 'percepção de justiça distributiva' ($r=0,389$; $p<0,001$), com a 'relação com o grupo' ($r=0,344$; $p<0,05$), com a 'segurança por pertencer ao quadro' ($r=0,217$; $p<0,05$) e com a 'segurança mais importante que incentivos pecuniários' ($r=0,216$; $p<0,05$).

Na conformidade da literatura, em que se aponta a possibilidade de serem distintos os determinantes de cada uma das dimensões do empenhamento foram analisados os dados relativos a cada dimensão. Des-

mento afectivo, mas verifica-se que a correlação mais forte é obtida para o caso do empenhamento normativo.

A relação do 'sexo' com o empenhamento é, neste estudo, significativa para o empenhamento afectivo e para o empenhamento instrumental.

O 'estado civil' apenas faz parte do modelo de regressão para o empenhamento afectivo.

A relação do 'tipo de vínculo' com o empenhamento, é evidenciada para os empenhamentos normativo e instrumental. Esta variável é incluída em ambos os modelos de regressão.

No empenhamento afectivo, o 'tempo de serviço na organi-

com o empenhamento instrumental que o valor da correlação é mais baixo.

A 'percepção do suporte organizacional' está incluída nos modelos de regressão dos três tipos de empenhamento, sendo o valor mais elevado relativo ao empenhamento afectivo.

Os resultados incluem a 'percepção de justiça distributiva' no modelo de regressão do empenhamento afectivo. Relativamente à 'percepção de justiça interaccional', verifica-se a sua inclusão no modelo de regressão do empenhamento afectivo. Acerca da 'percepção de justiça procedimental' os valores de correlação são mais

Quadro I:

Valores médios das dimensões do empenhamento no global e em cada modelo de gestão e teste Anova

Variáveis	Amostra Global		Modelo tradicional		Modelo Empresarial		Modelo privado		Anova	
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	F	p
Empenhamento afectivo	3,47	0,86	3,49	0,85	3,09	0,83	3,67	0,83	F = 13,719	**
Empenhamento normativo	2,63	0,89	2,62	0,88	2,59	0,95	2,80	1,01	F = 2,007	ns
Empenhamento instrumental	2,60	0,80	2,61	0,80	2,67	0,80	2,39	0,74	F = 3,950	*

** significativo ao nível 0,001

* significativo ao nível 0,05

nomia no desenvolvimento das funções' ($r=0,488$; $p<0,001$), com a 'percepção do suporte organizacional' ($r=0,468$; $p<0,001$), com a 'percepção de justiça procedimental' ($r=0,409$; $p<0,001$), com a 'relação com

sa análise apresenta-se apenas uma breve síntese (Quadro I). A 'idade' faz parte do modelo de regressão do empenhamento normativo e do empenhamento instrumental e encontra-se correlacionada com o empenha-

ção' faz parte do modelo de regressão, bem como o 'tempo no actual serviço'.

A 'autonomia no desenvolvimento das funções' faz parte do modelo de regressão do empenhamento afectivo. É

elevados para o empenhamento afectivo, do que para o empenhamento normativo e para o empenhamento instrumental. Constata-se que a 'relação com as chefias' faz parte do modelo de regressão do empenhamen-

to afectivo e do empenhamento normativo, enquanto que com o empenhamento instrumental apresenta uma correlação fraca. Quanto à 'relação com o grupo' os resultados indicam a presença desta variável no modelo de regressão do empenhamento afectivo e correlação significativa com o empenhamento normativo e com o empenhamento instrumental.

Relativamente à 'satisfação no trabalho', verifica-se que faz parte dos modelos de regressão do empenhamento afectivo, do empenhamento normativo e do empenhamento instrumental. Ao analisar o nível de empenhamento organizacional separadamente para médicos e enfermeiros, verifica-se que os médicos apresentam valores médios ligeiramente superiores (2,92 +/- 0,68) aos dos enfermeiros (2,87 +/- 0,69), contudo esta diferença não é significativa. Tendo em conta o modelo de gestão hospitalar, a diferença nos níveis de empenhamento organizacional entre estes dois grupos profissionais apenas é significativa ($t=4,12$; $p<0,001$) no modelo privado, caso em que os médicos apresentam valores superiores (3,75 +/- 0,49) aos dos enfermeiros (2,82 +/- 0,69).

DISCUSSÃO

Embora com um contexto genérico comum, por se tratar de

serviços de saúde, há um contexto específico a cada modelo de gestão, que se diferencia em primeiro lugar por definição legislativa. Neste estudo, o modelo de gestão permite apontar diferentes variáveis como constituintes do modelo explicativo do empenhamento organizacional e diferentes percentagens de variância explicada.

Demonstra-se, assim, a importância da 'percepção do suporte organizacional' para a explicação do empenhamento organizacional. Mas o seu comportamento não é similar no modelo privado, onde a importância que lhe é atribuída não é suficientemente forte a ponto de fazer depender dela o empenhamento organizacional. Poderá estar aqui em causa uma valorização relacionada com as expectativas, pois no modelo privado possivelmente as expectativas de que a organização apoie os colaboradores serão menores. Há um certo enraizamento da ideia de que a organização pública oferece apoio aos colaboradores.

Evidencia-se, tal como o fizeram Rhoades, Eisenberger e Armeli (2001), que a teoria do suporte organizacional pode ajudar a explicar o empenhamento dos empregados na organização. Numa base de reciprocidade, a percepção do suporte organizacional fortalece o empenhamento na organização e

favorece esforços nesse sentido (Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa, 1986). Deste modo, é de admitir que os profissionais de saúde com um "melhor acompanhamento" e maior apoio percebido sejam capazes de se empenhar mais fortemente na organização.

Para explicar o empenhamento organizacional salienta-se o contributo da 'segurança em relação ao futuro profissional', pelo facto de ser relevante na determinação desse empenhamento em qualquer dos modelos de gestão hospitalar. A 'segurança em relação ao futuro profissional' assenta no pressuposto de que esta pode interferir no sentimento de pertença e na ligação à organização.

Para explicar a variância de empenhamento organizacional também contribui a satisfação no trabalho. Acerca deste conceito importa relembrar que embora se encontrem opiniões no sentido da sobreposição dos conceitos de satisfação no trabalho e de empenhamento organizacional, uma vez que estes constructos têm antecedentes e conseqüências da mesma natureza (p.ex., McNeese-Smith, 1996), outras há que os distinguem particularmente pela sua permanência no tempo (p.ex., Mowday, Steers e Porter, 1979) ou pela sua abrangência (p.ex., Williams e Hazer, 1986). Há ainda a con-

sideração de serem constructos muito próximos (Glisson e Durick, 1988) mas não redundantes (Meyer e Allen 1997). Não se têm dúvidas de que as relações de apoio por parte do grupo são importantes não só pelo poder motivacional que determinam para o desempenho das funções que lhe estão cometidas, mas também pelo próprio espírito de equipa que geram, donde são claramente uma dimensão importante que condiciona o empenhamento. A 'relação com o grupo' apresenta valores muito próximos em todas as unidades hospitalares e, logo, nos diferentes modelos de gestão.

Considerando a eficácia preditiva da 'relação com o grupo' para o empenhamento organizacional, e de acordo com os resultados obtidos, revela-se significativa, estando presente no modelo de regressão múltipla. Quando se analisam separadamente os dados da amostra considerando o modelo de gestão hospitalar, verifica-se que no modelo tradicional esta variável também entra no modelo de regressão, sendo a segunda variável a entrar, o que traduz o seu contributo para explicar o empenhamento organizacional.

Deve-se acrescentar que no modelo tradicional a 'relação com as chefias' e a 'percepção de justiça interaccional' tam-

bém são relevantes na determinação do empenhamento organizacional. Estes dados podem ser o indicativo de uma maior interacção neste modelo de gestão, o que estará relacionado com a existência de uma cultura mais colectivista, em contraponto a uma cultura individualista, mais característica dos modelos privados.

Ao incluir o 'vínculo laboral' como variável sócio-profissional considera-se que o valor jurídico da relação contratual regula as expectativas que cada um tem de fazer parte da organização, ou numa relação superficial ou numa relação de vinculação a essa organização, donde decorre que o contrato efectuado tem implícito um valor psicológico. Não pode, contudo, ignorar-se o facto de, particularmente no modelo tradicional, a questão do vínculo poder ser moderada, por exemplo, pela posição na hierarquia organizacional, pois a tendência é de que a situação de contrato aconteça na fase inicial da carreira e que depois a evolução profissional vá acontecendo "através do reconhecimento da antiguidade (...) de forma automática ou semi-automática" (Martins, 1999, p. 84).

Em termos de valor médio, é significativa a diferença entre o empenhamento organizacional dos contratados e dos vincu-

ladados à organização, em favor dos primeiros, o mesmo acontece com os empenhamentos normativo e instrumental.

Os resultados do presente estudo corroboram a referência de Mathieu e Zajac (1990) da existência correlação positiva entre a autonomia e o empenhamento organizacional, e a de Wallace (1995) que distinguiu a autonomia na realização da função como variável de primordial importância para o estudo dos principais antecedentes do empenhamento organizacional.

Embora os objectivos deste estudo não situem a análise a nível de cada instituição de saúde, a significância estatística da diferença encontrada nos níveis de empenhamento nos três hospitais com modelo tradicional leva a questionar as razões de tal diferença, uma vez que se trata de hospitais com o mesmo modelo de gestão, e como tal, com igual estatuto jurídico. Mas, o que é referido nas entrevistas aos Conselhos de Administração e também é assumido na literatura, é que o tipo e natureza de estratégias e políticas de gestão de recursos humanos depende, em grande medida, da capacidade para adoptar uma filosofia de gestão orientada para as pessoas.

Ao analisar o nível de empenhamento organizacional de médicos e enfermeiros, o modelo

preditivo é composto por diferentes factores e com diferentes poderes explicativos. Verifica-se que a diferença existente entre os valores médios encontrados em cada grupo profissional não é significativa do ponto de vista estatístico. Num momento em que se repensam estratégias para redireccionar reformas no sector de saúde, parece, então, importante que se preste atenção particular ao suporte organizacional oferecido aos colaboradores. "É útil tentar resolver com tecnologia ou estrutura um problema que é na realidade pessoal" (Nick Zeniuk, Presidente da Interactive Learning Labs, citado por Goleman, 1999, p. 298).

CONCLUSÕES

O presente estudo, foi desenvolvido com vista a avaliar os níveis de empenhamento organizacional, afectivo, normativo e instrumental de médicos e enfermeiros, e a influência de variáveis pessoais e profissionais, de variáveis relativas à percepção das características e condições de trabalho e de factores organizacionais, nomeadamente o modelo de gestão, nesses empenhamentos.

Seleccionaram-se hospitais com diferentes formas de gestão. Desenvolveu-se um estudo transversal em que foi utilizado como instrumento de medida um questionário, aplicado a

uma amostra de médicos e enfermeiros, dos hospitais acima designados, num total de 1.321. A recolha de dados decorreu entre Novembro de 2001 e Março de 2002.

Encontraram-se diferentes níveis de empenhamento organizacional, afectivo, normativo e instrumental, nos vários modelos de gestão e nos grupos profissionais, embora algumas diferenças não tenham significância estatística. Os empenhamentos organizacional, afectivo e normativo são mais elevados no modelo privado, enquanto o empenhamento instrumental apresenta os seus valores mais baixos neste modelo de gestão. Também se identificaram diferentes factores que determinam o empenhamento, tanto em cada uma das dimensões como em cada modelo de gestão.

Mostra-se que há diferenças na forma como este empenhamento é gerado em cada modelo de gestão. Mas, apesar destas diferenças, há também pontos comuns, por exemplo, o 'sentimento de segurança em relação ao futuro profissional' é determinante para o empenhamento organizacional em qualquer dos modelos de gestão. Deve-se igualmente salientar o papel da 'percepção do suporte organizacional' nos modelos explicativos do empenhamento.

Relativamente aos grupos profissionais, evidenciam-se

diferenças nos níveis de empenhamento, bem como factores que o determinam. Nos médicos, o empenhamento organizacional é marcadamente promovido por factores do contexto local do seu trabalho, enquanto nos enfermeiros é determinado por factores relacionados com a segurança no emprego e com o apoio que sentem da organização. Neste estudo, não se pode deixar de ter presente algumas limitações. Desde logo, a limitação imposta pelo facto da amostra do modelo empresarial ser circunscrita a uma só instituição e estarmos em presença de um modelo de gestão não convenientemente estabilizado. De igual modo, também a subamostra de médicos do modelo privado foi bastante reduzida, o que inviabilizou mesmo algumas análises.

BIBLIOGRAFIA

- BENSON, J. (1998). Dual Commitment: Contract Workers in Australian Manufacturing Enterprises. *Journal of Management Studies*, 35 (3), 355-375.
- CHERNICHOVSKY, D. (1995). Health System Reforms in Industrialised Democracies: An Emerging Paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73 (3), 339-372.
- DeCOTIIS, T. e SUMMERS, T. (1987). A Path Analysis of a Model of the Antecedents and Consequences of Organizational Commitment. *Human Relations*, 40 (7), 445-470.
- DUNLOP, D. e MARTINS, J. (1995). *An International Assessment of Health Care Financing - Lessons for Developing Countries*. Washington: The World Bank.
- EISENBERGER, R., HUNTINGTON, R., HUTCHISON, S. e SOWA, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 500-507.
- GLISSON, C. e DURICK, M. (1988). Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations. *Administrative Science Quarterly*, 33 (1), 61-81.
- GOLEMAN, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- HARDING, A. e PREKER, A. (2000). *Understanding organizational reforms: the corporatization of public hospitals*. Washington, DC: World Bank.
- IVERSON, R. e ROY, P. (1994). A causal model of behavioural commitment: evidence from a study of Australian blue-collar employees. *Journal of Management*, 20 (1), 15-41.
- LEGGE, K. (1995). *Human resource management: rhetorics and realities*. London: MacMillan Business.
- LINCOLN, J. e KALLEBERG, A. (1990). *Culture, control and commitment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MARTINS, A. (1999). *Formação e emprego numa sociedade em mutação*. Aveiro: Universidade, Unidade de Investigação.
- MATHIEU, J. e ZAJAC, D. (1990). A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates, and Consequences of Organizational Commitment. *Psychological Bulletin*, 108 (2), 171-194.
- McNEESE-SMITH, D. (1996). Increasing Employee Productivity, Job Satisfaction, and Organizational Commitment. *Hospital Health Service Administration*, 41 (2), 160-175.
- MEYER, J. (1997). Organizational Commitment. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, (12), 176-228.
- MEYER, J. e ALLEN, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- MEYER, J. e ALLEN, N. (1997). *Commitment in the Workplace*. London: SAGE Publications.
- MOWDAY, R., STEERS, R. e PORTER, L. (1979). The Measurement of Organizational Commitment. *Journal of Vocational Behavior* (14), 224-247.
- MUELLER, C., IVERSON, R. e JO, D. (1999). Distributive Justice Evaluationchambels in two Cultural Contexts: A Comparison of U.S. and South Korean Teachers. *Human Relations*, 52 (7), 869-893.
- NUNNALLY, J. (1978). *Psychometric theory* (2.ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- PESTANA, M. e GAGEIRO, J. - *Análise de dados para ciências sociais*, 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2000, ISBN 972-618-220-4.
- RHOADES, L., EISENBERGER, R. e ARMELI, S. (2001). Affective Commitment to the Organization: The Contribution of Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 825-836.
- STEERS, R. (1977). Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22 (1), 46-56.
- WALLACE, J. (1995). Organizational and professional commitment in professional and non-professional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 40, 228-255.
- WILLIAMS, L. e HAZER T. (1986). Antecedents and consequences of satisfaction and commitment in turnover models: a reanalysis using latent variable structural equation methods. *Journal of Applied Psychology*, 71 (2), 219-231.

Gestão da Qualidade, Contributos do Processo de Acreditação *King's Fund* na Perspectiva das *High Reliability Organizations* (Parte I)

André Caetano de Oliveira **Autor**

Resumo

Este artigo tem como objectivo realizar uma abordagem inicial à problemática da Gestão da Qualidade na Saúde. Importa compreender este tema, que tem sido o foco de muitas decisões políticas e estratégicas. Desta forma, inicia-se por compreender a evolução histórica da Qualidade, seguida dos movimentos de Acreditação no sector da saúde, para terminar com a mais recente abordagem das *High Reliability Organizations*. As (HRO) pretendem transpor uma cultura isenta de erros para as organizações de Saúde.

Palavras-chave

Organizações de Alta-Fiabilidade, Gestão da Qualidade, Processo de Acreditação, *King's Fund*

Title

Quality Management and the King's Fund Accreditation Process in the *High Reliability Organizations Perspective* (1st Part)

Abstract

This article is an approach to Quality Management in the Health Sector. Quality Management has been the centre of many political and strategic decisions. Knowing this, it becomes necessary to understand the historic evolution of Quality Management, and the consequent Process of Accreditation in Health. This article reveals the new approach to Quality Management using the concepts of High Reliability Organizations. This (HRO) approach intends to transfer a "free-error" culture to the health organizations.

Key-Words

High Reliability Organizations, Quality Management, Accreditation Process, Comparative Study, *King's Fund*

INTRODUÇÃO

A Gestão da Qualidade é um tema não recente, mas que ultimamente tem ganho fortes impulsos, principalmente na área da saúde.

Neste artigo pretende-se aprofundar a natureza da Gestão da Qualidade, com ênfase na qualidade em Saúde; os processos de acreditação e a sua evolução, com destaque para o Processo de Acreditação do *King's Fund*. Pretende-se também uma abordagem às organizações altamente fiáveis e aos processos que as caracterizam como

sendo livres de erros. Esta abordagem é útil se quisermos compreender as mudanças que temos vindo a assistir na Gestão da Qualidade na Saúde, com a "imposição" da necessidade de acreditações externas, que garantem para o "exterior" o tão falado "*Patient Safety*"

I. A GESTÃO DA QUALIDADE

I.1 Contexto histórico

Embora a importância da qualidade só tenha realmente emergido no final do séc. XX, a qualidade do produto e a sua normaliza-

ção, têm sido importantes desde os primeiros tempos da humanidade. (cf. Davies, 2003)

Davies (2003) sustenta esta afirmação no facto de que mesmo os egípcios teriam de ter um conceito de qualidade para poder construir pirâmides com tamanha precisão.

Segundo alguns autores, a evolução do conceito qualidade e a forma como esta foi sendo perspectivada, pode ser descrita em quatro grandes etapas: Inspeção ou Controlo da Qualidade; Garantia de Qualidade, Controlo de Qualidade Total

e, finalmente, a Gestão para a Qualidade Total, ou TQM (do inglês *Total Quality Management*) por vezes também denominada de Melhoramentos Contínuos de Qualidade (do inglês *Continuous Quality Improvement - CQI*). (cf. Davies, 2003)

Em relação à primeira etapa, a Inspeção ou Controlo de Qualidade, foi desenvolvida e primeiramente aplicada no Reino Unido, nos anos vinte. O Controlo da Qualidade baseia-se em inspeções realizadas após a produção. A Qualidade era um processo no final da ca-

deia de produção.

Nos anos 30, Shewart introduziu elementos matemático/estatísticos na qualidade, ao que chamou de “*statistical process control*”. (cf. Davies, 2003)

Nos anos 40 a 50, surge a Garantia de Qualidade, na qual a qualidade não é inspeccionada, e sim integrada nos processos desde o início, começando-se a dar ênfase à prevenção em vez da inspecção. Os elementos estatísticos mantêm-se, mas desde a década de oitenta que precinizam zero defeitos, tendo sido introduzida a BS5750 (actual ISO 9000). (cf. Davies, 2003)

No entanto, ainda é referida e categorizada esta fase basicamente como um processo de inspecção, às pessoas, equipamentos e processos.

Os japoneses introduzem um novo conceito de que a qualidade tem de ser integrada no desenho original dos processos para poder surgir no processo de fabrico. O actual significado do termo garantia de qualidade é a prevenção de problemas de qualidade através do planeamento e sistematização das actividades. Para que este facto possa ocorrer deve incluir o estabelecimento de um bom sistema de qualidade, de verificação, de auditoria do sistema produtivo e da capacidade de rever o próprio sistema. (cf. Davies, 2003)

O Controlo da Qualidade To-

tal é um conceito importado do Japão em meados dos anos oitenta. Este conceito pretende que a qualidade seja desenvolvida na organização.

É uma abordagem que pretende, não só expandir o conceito de qualidade e a sua filosofia para além do processo produtivo, como também garantir que a qualidade esteja presente em todas as actividades da empresa. Alguns profissionais preferem chamar-lhe Assegurar a Qualidade, por se basear na aprovação por terceiros, auditorias dos sistemas, planeamento da qualidade, custos de qualidade, estudos das falhas e ou suas consequências (FMEA), etc..

A Gestão para a Qualidade Total surgiu no final dos anos oitenta, início dos anos noventa, e pretende que ocorra uma mudança na forma como a organização realiza os seus negócios. Pressupõe que a qualidade deve acompanhar todas as facetas da organização, e que esta deve ser gerida em função da qualidade, a todos os níveis, e baseia-se em quatro princípios.

- Ir ao encontro dos desejos dos consumidores;
- Trabalhar para criar processos livres de erros;
- Gerir pela prevenção;
- Medir o custo da não-qualidade (cf. Davies, 2003).

Por vezes, a Gestão para a Qualidade Total é referida

como “*business excellence*”. Alguns autores descrevem que o seu propósito é assegurar que todas as actividades contribuam para atingir os objectivos-chave do negócio e que sejam realizadas eficientemente. A filosofia subjacente é “*to do things right at first time*”. (cf. Davies, 2003)

Comparando estas quatro formas de actuar da organização face à qualidade, só quem não souber o que está a fazer é que não apostará na aplicação da Gestão para a Qualidade Total, pois esta permite às organizações terem uma visão de serem líderes de mercado, competitivas na qualidade e basearem-se em crescimento sustentado, redução de custos de produção e no aumento de quotas de mercado. (cf. Davies, 2003)

Esta evolução revelou-se nos anos noventa e tornou-se essencial dar ênfase à qualidade para as organizações poderem crescer de forma sustentada. Assim, conclui-se que apostar em melhor qualidade tem benefícios na produtividade, reduz custos e aumenta a margem de proveitos para toda a organização e todos os seus “*stakeholders*”

1.2 Gestão da Qualidade na Saúde

Desde os finais dos anos oitenta e início dos anos noventa, que se tem observado crescentes interesses em perceber

e gradualmente implementar elementos de contínuos melhoramentos na qualidade, ou de Gestão para a Qualidade Total, no sector da saúde. (cf. Counte, 2001)

Rivers (1999) cita um estudo que refere que de uma amostra de hospitais nos EUA, 59% estavam a usar processos de Gestão para a Qualidade Total (GQT) e que dos restantes 41%, 85% planeavam iniciar este processo.

Estratégias de GQT representam uma mudança de paradigma para a aproximação às ciências de gestão, que também se tem verificado no sector da Saúde. Ainda Rivers (1999) descreve que os conceitos-chave utilizados nas organizações de saúde, para implementar a GQT, pode variar, mas que a maioria utiliza os mesmos princípios, que incluem:

- Liderança forte;
- Criação de um referencial de qualidade para a organização;
- Mudança na cultura organizacional;
- Foco no cliente;
- *Benchmarking*;
- Medição da qualidade e relatórios estatísticos;
- Reconhecimento e gratificação;
- Integração nos processos.

Estas mudanças surgem da constatação de que as teorias económicas sobre o mercado da saúde falharam em proporcionar mecanismos de aumento da qualidade. (cf. Glennerster,

André Caetano de Oliveira

andre.caet@gmail.com

Licenciado em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia. Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.

Licentiate in Nursing by Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Nurse in the Paediatric Emergency of Dona Estefânia Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

1998). Surgindo, como consequência, a teoria dos “*quasi-markets*”, que propõe a introdução da competição como estímulo para a eficiência no sector da saúde financiado por meios públicos. Este princípio foi a base para as reformas introduzidas na Suécia, Finlândia, Holanda, Alemanha e Nova Zelândia. (cf. Glennerster, 1998)

Na teoria económica geral, a qualidade de um serviço ou produto é sustentada e alargada com base nas inovações que vão surgindo num ambiente competitivo. No entanto, é reconhecido que o mercado dos cuidados médicos possui características que não se encaixam nestes padrões e pressupostos. Embora este paradigma possa ser percebido nos EUA, onde muita da pressão para os melhoramentos na qualidade dos serviços prestados se deve ao mercado, noutras sociedades muita desta pressão se deve aos governos que interpretam um papel muito mais activo na regulação da saúde. (cf. Counte, 2001)

Os modelos e monopólio públicos desprezam as preferências dos clientes e, com clientes cativos, os prestadores de cuidados não têm de se esforçar em manter ou melhorar a qualidade dos seus serviços. Estes

prestadores estão numa poderosa posição para manipular os governos, especialmente no que concerne a uma perspectiva corporativa e poderosa na sociedade que muitas das profissões relacionadas com a saúde possuem. No entanto, neste tipo de ambiente, a população prefere manter o livre acesso à saúde. (cf. Counte, 2001)

A teoria de “*quasi-market*” surgiu do compromisso de que seria possível combinar o financiamento público, o livre acesso à saúde e, em certo grau, permitir a competição entre os prestadores públicos de saúde. Estas mudanças surgiram de formas diferentes em diferentes países. No Reino Unido, primeiro atribuíram a responsabilidade e o poder de gerir para onde encaminhar os seus clientes aos *General Practitioners* (denominados de Médicos de Família). Criaram-se, ainda, os distritos de saúde, onde os prestadores de cuidados negociam e competem para obter os clientes, o que promove o aumento responsabilidade pela qualidade do serviço prestado, porque os clientes já não são cativos.

Assim, os prestadores terão de competir pelos clientes, ao invés de apenas reclamarem o seu orçamento anual ou contrato-programa. Estes factores

vieram abalar o poder atribuído pelo monopólio dos hospitais públicos.

Quando estas medidas foram implementadas desenhou-se como objectivos aumentar:

- a capacidade de resposta e diminuição do tempo para cuidados não emergentes;
- a conveniência na escolha do local e da forma como os clientes receberam os cuidados;
- o número de tratamentos da mesma qualidade por unidade de custo;
- a qualidade médica por unidades de custo.

Glennerster (1998) descreve exhaustivamente a forma como se podem medir estes indicadores de aumento da qualidade e melhoramento da produtividade e diminuição de custos, avaliando a capacidade de resposta às populações locais, a rapidez no tratamento, medindo a qualidade dos cuidados prestados utilizando a análise económica custo-efectividade. Conclui que embora o caminho tenha sido sinuoso, ocorreram melhoramentos na qualidade e na rapidez no tratamento, mas nem sempre com o pressuposto centrado no controlo de custos.

A implementação de estratégias para a GQT coloca uma especial ênfase na responsabilidade conjunta da qualidade e

custos dos processos. Quando implementada devidamente, proporciona à organização a capacidade de reduzir potenciais desperdícios, bem como aumentar a qualidade dos seus *outcomes*. A GQT proporciona às organizações de saúde a oportunidade de criar um alto nível de competitividade e assim oferecer ganhos ao nível da qualidade e da produtividade.

Para determinar o nível de implementação das estratégias de GQT, podem ser utilizados diversos modelos. Nos EUA, é comum usar-se o “*American gold standard*” e, na área da saúde, é mais usado o *Malcolm Baldrige Award* que, apesar de tudo, não tem tido muita aceitação. No Reino Unido, o sistema de estandardização para definir e implementar as estratégias de GQT é o *King’s Fund*, enquanto grande parte da Europa utiliza o *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, ambos baseados em critérios da ISO 9000. (cf. Counte, 2001)

2. PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

A acreditação é um processo formal pelo qual uma autoridade válida e reconhece a nível individual ou organizacional (como um hospital) se estão conformes os pressupostos e

standards para os diferentes critérios da referida autoridade.

A acreditação de um hospital é realizada a pedido do mesmo a uma entidade exterior que avalia o grau de conformidade de uma série de standards determinados anteriormente. (cf. Bohigas, 1996)

As entidades que realizam a acreditação publicam as suas normas que são actualizadas periodicamente.

Um hospital que deseja ser acreditado realiza o seu pedido de forma voluntária à entidade que a irá realizar, sendo que esta, por sua vez, envia uma equipa que realiza uma inspecção para verificar o grau de conformidade para com as normas. Se esse grau é julgado como suficiente para a entidade acreditadora, esta entrega um certificado de acreditação que tem um prazo de validade que, na maioria dos casos, é de três anos.

Muitos dos hospitais procuram a acreditação de forma a aumentarem o seu prestígio entre os profissionais e entre o seu público. Em alguns casos o processo de acreditação permite também que essa instituição possa negociar um contrato-programa e/ou um orçamento mais vantajoso. (cf. Bohigas, 1996)

As entidades que realizam a

acreditação mais comuns e mais antigas são as seguintes:

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (EUA);
- Canadian Council on Health Services Accreditation – CC (Canadá);
- Australian Council on Healthcare Standards – CC (Austrália);
- King's Fund Organizational Audit – KFOA (Reino Unido);
- New Zealand Council on Healthcare Standards – NZC (Nova Zelândia).

Todas estas instituições são não governamentais mas algumas são financiadas com fundos privados e outras com financiamento repartido, parte do qual público. Em geral, o objectivo da entidade certificadora passa pelo princípio altruístico de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. (cf. Bohigas, 1996)

A primeira entidade a realizar a função de acreditação, na altura com o nome de "*Hospital Standardization Program*", foi criada nos EUA, e foi iniciada pela American College of Surgeons em 1917. Em 1951, com o crescente desejo de acreditação e normalização na saúde, nos EUA, a American College of Surgeons associa-se a outras organizações e funda a *Joint Commission on Accreditation of*

Hospitals, e em 1986 é renomeada com o actual nome.

O *Canadian Council of Health Services Accreditation* iniciou funções em 1958, após se ter separado da *Joint Commission*. A congénere australiana foi fundada em 1973.

O programa de acreditação do *King's Fund* iniciou-se em 1988. A *Joint Commission* e a sua homóloga canadiana são as mais antigas e consequentemente são as que possuem maior número de acreditações realizadas. Bohigas (1996) refere que em 1994 a *Joint Commission* certificou 4.264 instituições, a sua congénere canadiana 464, o Australian Council 203 e o *King's Fund* apenas 79.

Bohigas (1996) enfatiza a importância da acreditação para os hospitais, na medida em que esta permite uma maior eficiência e a prestação de cuidados de alta qualidade.

De seguida ir-se-á descrever mais aprofundadamente o processo de acreditação do *King's Fund*, pois este é um dos objectos de estudo deste artigo, na sua segunda parte.

2.1. Processo de acreditação King's Fund

A organização *King's Fund* é uma fundação real dedicada ao desenvolvimento e inovação

nos serviços de saúde e, de entre as suas inúmeras actividades, desenvolve um programa de acreditação. É considerada a principal entidade certificadora no Reino Unido, tendo iniciado essa actividade em 1988.

Inicialmente, a fundação *King's Fund* tinha o seu foco na perícia e nos recursos para desenvolver as boas práticas, por exemplo através de treinamentos ou bolsas que concedia para melhorar a saúde aos londrinos.

Tem como valores, que se encontram publicitados no seu site, a independência, a integridade, a relevância, a Qualidade e a justiça social.

O processo de acreditação do *King's Fund* é baseado na autorregulação da própria instituição e na auditoria por pessoas qualificadas e externas à organização, usando normas e critérios e testando de forma rigorosa a conformidade da organização para com estas normas ou standards. (cf. Vidall, 1998)

Embora o programa de acreditação ofereça normas rígidas, os auditores que realizam as inspecções não se limitam a verificar a conformidade, ou não, das normas, ajudando também o restante pessoal da organização a criar melhorias perspectivando como inovar e aumentar a qualidade dos cuidados pres-

tados. (cf. Vidall, 1998)

As próprias normas/standards são continuamente actualizadas através do contínuo processo de aprendizagem, e novas formas de realizar a inspecção e novos pontos de avaliação são adicionados. As “guidelines” do processo de auditoria do *King’s Fund* têm vindo a ser cada vez mais focados no cliente, indo ao encontro das mais recentes reivindicações da sociedade. Esta ênfase pode ser conseguida através do estabelecimento de normas para a boa prática; produzindo políticas apropriadas, procedimentos e sistemas que permitam a sua aplicação e usar indicadores de *performance* baseadas em informações centradas no cliente.

Devido ao facto de muitas instituições privadas terem que ter uma certificação ao nível da ISO 9002 para poderem ser aceites entre as companhias seguradoras, o processo de acreditação do *King’s Fund*, em 1999, consegue ser aceite para poder certificar, para além da acreditação em seu nome, também como conforme a norma ISO 9002. Foi também em 1999 que se iniciou a internacionalização do sistema de acreditação, onde hospitais de Portugal estiveram entre os pioneiros. (cf. Vidall, 1998)

Para uma completa acreditação, a organização tem de atingir um total de 1.000 pontos. Para se ter uma noção do quão difícil é preencher todos os standards, das 86 instituições no Reino Unido que se submeteram à acreditação, apenas 3 conseguiram a acreditação total na primeira avaliação. Para os restantes, outras “inspecções” são agendadas, após se evidenciar quais os pontos que precisam de ser melhorados. Vidall (1998) refere que esta fase de não concordância raramente é entendida como um falhanço, mas sim como uma oportunidade motivadora para ir mais além.

É reconhecida a capacidade do projecto de acreditação para melhorar a comunicação intra-hospitalar. Num qualquer hospital de média ou grande dimensão, as políticas e os procedimentos são frequentemente fragmentados, com diferentes departamentos a definirem as suas próprias políticas, descontextualizadas de toda a organização. O processo de acreditação permite o estabelecimento de um maior sentido de pertença para com a organização e de corporativismo e de trabalho de equipa. (cf. Vidall, 1998)

O processo de auditoria é muitas vezes percepcionado como uma ferramenta de gestão de

alguém que olha para a instituição de fora e se apercebe de dimensões por vezes ocultas pelo quotidiano.

Em 2002, é publicada a versão 4 do Programa de Acreditação Hospitalar, que pela primeira vez inclui padrões de normalização associados a resultados. No entanto, não existe ainda evidência de que uma instituição que tenha sido certificada pelo *King’s Fund Audit Program* tenha melhores resultados que outra instituição que não se tenha submetido.

Em relação à dúvida levantada por este último parágrafo, no capítulo seguinte descrever-se-á a questão da fiabilidade para as organizações em geral e como estas se tornam mais preparadas para gerir o inesperado num ambiente de constante mudança. Talvez com estes contributos se possa, mesmo que de forma subjectiva, acreditar que uma organização, como um hospital, por se submeter a um processo de acreditação e de melhoramento dos processos internos, obterá benefícios que se repercutirão na qualidade dos serviços prestados, uma vez que um processo de acreditação avalia a capacidade da organização de implementar os já referidos melhoramentos contínuos para a qualidade.

3. HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS

Em geral, as pessoas gerem mal os eventos inesperados, existindo, no entanto organizações em que estes eventos são comuns, ou que têm de ser contidos rapidamente para prevenir uma catástrofe. Estas organizações são classificadas como livres de erros, ou seja, com alta fiabilidade, são as chamadas *High Reliability Organizations* (HRO).

Weick (2001) inclui nestas organizações as centrais nucleares, as equipas de negociações de reféns, os controladores aéreos e os departamentos de emergência dos hospitais. Estas organizações enfrentam um excesso de eventos inesperados e, no entanto, conseguem gerir esses eventos de forma a superá-los.

Weick atribui o sucesso das HRO em gerir o inesperado, pelos seus esforços determinados em agir de uma forma (“*mindfulness*”), inteligente atenta e activa, assumida tanto a nível individual como colectivamente.

Se se reconhece esta capacidade nestas organizações, torna-se importante, colocá-las no centro do estudo organizacional e delas retirar contributos para as outras organizações. (cf. Weick, 2001)

Como refere Martins (2004), “ao contrário da abordagem clássica, onde se inclui a da qualidade (...), a fiabilidade não é o resultado da estandardização, pela procura da invariância organizacional, determinando regras formais para o desenvolvimento das actividades na organização. Pelo contrário, resulta de uma gestão continuada das oscilações da *performance*, a nível do posto de trabalho e de toda a dinâmica de interações na organização.” (Martins, 2004, p. 219)

Weick afirma ainda que a fiabilidade assenta numa cultura organizacional, em pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado; segundo o mesmo autor, citado por Martins (2004), este tipo de culturas apresenta várias características:

Cultura de relatos de erros. Uma cultura de segurança depende do conhecimento adquirido nos incidentes “*near misses*”, (quase erros, mas que não tiveram as consequências do erro), uma organização que aprende com os seus erros. Para isso acontecer é necessário que ocorra um relato dos erros de forma voluntária.

Cultura de Justiça. Criação de uma atmosfera de confiança definida pela forma como a or-

ganização pune e recompensa.

Cultura flexível. “É a que se adapta às exigências de mudança. O pressuposto fundamental é o modo e a rapidez com que a informação flui, o que tem implicações no design organizacional”. (Martins, 2004, p. 218)

Cultura de aprendizagem. Baseada na partilha de informação, “uma cultura informada torna-se uma cultura de aprendizagem”. (Martins, 2004, p. 219)

Quando Weick (2001), refere o conceito de (“*mindfulness*”), explicita que as HRO lutam para manter um estilo de funcionamento mental contínuo e integrado que lhes permite uma contínua actualização e percepção das múltiplas interpretações do contexto que as rodeiam, quais os problemas que este contém, e quais as soluções que se podem aproveitar.

A principal diferença entre as HRO e outras organizações em gerir o inesperado, revela-se nas primeiras etapas do inesperado, quando apenas são visíveis sinais fracos de problemas, e a tendência geral é responder de uma forma igualmente fraca. Pelo contrário, as HRO, ao manterem o referido pensamento de contínua actualização, respondem ao sinal fraco de forma agressiva, mesmo que este não se revele uma

ameaça. Este contra-ataque é a chave em gerir o inesperado. (cf. Weick, 2001)

Martins (2004, p. 220) afirma ainda que “os resultados fiáveis tornam-se, assim, a consequência dos processos de cognição partilhados, assumidos colectivamente que, face à actividade quotidiana variável induzem actuações específicas com vista a evitarem consequências, não desejadas.”

O estudo das HRO coloca a fiabilidade como propósito central das organizações e desta nova ideia surge um novo paradigma de compreensão e de explicação da *performance* organizacional.

Esta afirmação é facilmente percebida nas palavras de Martins (2004, p.221). “Cobrindo as diferentes dimensões da *performance* – o ideal de burocracia, que maximiza a eficiência, o ideal de cooperação que maximiza a satisfação das necessidades das pessoas, ou o ideal do sistema natural que maximiza a aquisição de recursos –, a fiabilidade vem reafirmar a lógica paradoxal necessária para capturar a contraditória natureza da vida organizacional.”

Assim, é com o desenvolvimento de uma inteligência colectiva que combina os processos cognitivos com variações nos pa-

drões de acção, que as organizações podem ter mais sucesso em gerir o inesperado.

Weick (2001) destaca cinco processos que induzem o estado organizacional de “*mindfulness*”:

- Preocupação com a falha;
- Relutância para simplificar as interpretações;
- Sensibilidade às operações;
- Resiliência;
- Deferência com a *expertise*.

Preocupação com a falha.

As HRO encorajam a declaração de erros, retirando ensinamentos dos “*near-misses*” e de experiências e simulações do que correu bem ou mal. Estas organizações mantêm sempre uma elevada preocupação com as falhas, grandes e principalmente com as pequenas, pois estas são o sintoma de que algo no sistema está mal e que mais tarde ou mais cedo se pode agravar e ter consequências imprevistas. (cf. Weick, 2001) “Interessa, por isso, agir, não como um incidente isolado mas sim verificar a cadeia causal que o produziu e as suas implicações.” (Martins, 2004, p 223)

Relutância para simplificar as interpretações. Outra forma de combater o inesperado é através da relutância para simplificar interpretações.

Ao contrário da grande maio-

ria das organizações, em que para manter as pessoas focadas no seu trabalho lhes é fornecida pouca informação sobre o restante processo, isto é, apenas têm uma “imagem pequena” de todo o processo, nas HRO isto não acontece e é fornecida uma completa ideia de como funciona a organização pois essa pessoa pode ser uma ferramenta fundamental em detectar erros, ou “*near-misses*” e assim a organização pode aprender e evoluir.

As organizações fiáveis centram a sua atenção na tentativa de saberem mais acerca do que não sabem. Martins (2004), revela ainda que numa organização com diferentes pontos de vista, podem ocorrer conflitos, mas também que “assumir os conflitos e desenvolver estratégias para a sua gestão, é pois, uma condição essencial para a prossecução da fiabilidade” (2004, p. 224).

Weick (2001) afirma ainda que é a divergência e não o que é comum, a chave para a detecção de anomalias.

Sensibilidade às operações. Baseia-se na teoria de Reason de que os eventos inesperados resultam de falhas no sistema, a que Reason denomina de falhas latentes no sistema de defesa, nas barreiras e elementos de se-

gurança da organização que estão presentes antes da sequência de acidente/erro acontecer. Muitas destas falhas latentes só são descobertas após o erro acontecer, o que não é o caso das organizações fiáveis, pois estas distinguem-se por estarem sempre na linha da frente, em perceber o “quadro todo”. As pessoas que trabalham nas HRO desenvolvem, usualmente, uma preocupação/sensibilidade às situações, que lhes permite realizar os contínuos ajustes que previnem a acumulação e o agravamento dos erros. (Weick, 2001)

Resiliência. Reflecte a capacidade de antecipar e reagir a potenciais perigos e erros. Martins (2004, p. 225) refere a teoria de Bourier, de 1996, que uma prática de uma organização resiliente “é a mobilização de redes informais quando os incidentes ocorrem, dissolvendo-se logo que a normalidade volta.” Refere ainda que estas redes são formadas ultrapassando os padrões normais de hierarquia ou grupos profissionais, tendo o seu principal valor na mobilização rápida de recursos cognitivos para gerir eventos que se tornaram impossíveis de antecipar.

Weick (2001) refere que “*The signature of an HRO is not that*

it is error-free, but that errors don't disable it.”

Deferência com a expertise. A última característica é a deferência com a *expertise*. As organizações fiáveis cultivam a diversidade, não só porque lhes permite ter uma maior noção do mundo complexo que as rodeia, mas também porque lhes permite reagir de uma forma mais variada e flexível, que já vimos ser imprescindível para o seu sucesso. Assim, importa ter diferentes tipos de pessoas (diferentes *expertises*), que trabalhem juntas e que no seu todo sejam mais fortes do que o mesmo número de pessoas, com formatações idênticas, ou do que separadas.

Para prevenir os erros, as HRO realizam o “*downsize*” em termos da decisão, que é partilhada com as pessoas da linha da frente, independentemente do seu grau hierárquico. A decisão é realizada por aquele que tiver mais qualificações e mais *expertise*, para a tomar. Não é implicar a pessoa com mais experiência, pois a experiência por si só não garante a *expertise*.

Sintetizando, podemos afirmar que a fiabilidade deve ser o centro do estudo para o aumento da *performance* organizacional. E que esta *performance* melhorada se baseia na capacidade

de mater um contínuo estado de “*mindfulness*”, através dos processos que permitem agir com antecipação e responder de forma adequada a todos os imprevistos que surgem na vida da organização. Estes processos, (a preocupação com a falha, relutância em simplificar, sensibilidade às operações, comprometimento com a resiliência e a deferência com a *expertise*) serão fundamentais para perceber o método escolhido para analisar a *performance* organizacional de uma realidade em concreto, pois é esse o principal objectivo da realização deste trabalho. Uma vez que, como refere Martins (2004, p. 227), citando Weick: “A estrutura do diagnóstico para a fiabilidade organizacional deve pois operacionalizar a detecção e análise dos cinco processos referidos.”

4. CONCLUSÃO

Estamos a viver profundas alterações ao nível das filosofias subjacentes ao financiamento dos hospitais e dos Sistemas de Saúde em geral e não podemos permitir ter uma parte desta gestão descuidada, desaproveitada e disfuncional, originando disfunções que podem ser evitadas através da correcta gestão do inesperado, sempre tendo em

vista o objectivo último de prestar um serviço de qualidade.

No entanto, com a utilização de uma metodologia baseada nos pressupostos aqui expostos, é possível criar uma abordagem crítica à Qualidade. Os conceitos aqui apresentados serão úteis para quem quiser compreender a evolução da qualidade e os princípios da criação de uma cultura livre de erros, ou pelo menos, onde os erros não tornem a organização disfuncional e com falhas em assegurar a qualidade e o “Patient Safety”.

“A ideia central que sobressai é que a combinação de processos cognitivos estáveis e com variações nos padrões de acção, permite às organizações terem mais sucesso para gerir eventos inesperados de um modo efectivo.” (Martins, 2001, p 223)

5. BIBLIOGRAFIA

- BOHIGAS, L. [et.al.] — Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 8, nº 6, (1996), p. 583-589.
- COUNTE, M.; MEURER, S. Issues in assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 13, nº 3, (2001), p. 197-207.
- DAVIES, E. — Quality: it's historical context. *Engineering Management*. ISSN 1741-0487. April, (2003), p. 14-17.
- FRAGATA, L.; MARTINS L. — O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8.
- GIBBERD, R. [et.al.] — Using indicators to quantify the potencial to improve the quality of health care. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 16, Supplement 1, (2004), p. i37-i43.
- GLENNERSTER, H. Competition and quality in health care: the UK experience. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 10, nº 5, (1998), p. 403-410.
- LA PORTE, T. High Reliability Organizations: Unlikely, Demanding and at Risk. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. ISSN 0966-0879. Vol. 4, nº 2, (1996), p. 60-71.
- MARTINS, L. — O Erro como periferia do sistema: do ciclo da culpa à mudança organizacional, nas organizações de saúde. in FRAGATA, L.; MARTINS L. — O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8.
- MARTINS, L. — Organizações de Saúde: por uma Cultura da Fiabilidade. in FRAGATA, L.; MARTINS L. — O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8.
- MINTZBERG, H., Estrutura e Dinâmica das Organizações, 3ª edição. Lisboa, D Quixote, 2004. ISBN 972-20-1147-2
- ORTON, J.; WEICK, K. — loosely Coupled Systems: a Reconceptualization. *The Academy of Management Review*. ISSN 0363-7425. Vol. 15, nº 2, (April, 1990), p. 203-223.
- REASON, J. — Human error: models and management. *British Medical Journal*. ISSN 1093-7935. Vol. 320, (2000), p. 768-770.
- REDFERN, S.; NORMAN, I. Clinical Audit, Related and Types of Health Care Quality: a Preliminary Model. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 8, nº 4, (1996), p. 331-340.
- REINERSTEN, J. — Let's talk about error. *British Medical Journal*. ISSN 1093-7935. Vol. 320, (2000), p. 730.
- RIVERS, P.; BAE, S. Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations. *Total Quality Management*. ISSN 0954-4127. Vol. 10 nº 2, (1999), p. 281-289.
- STRALEN, D. High Reliability Organizations. Department of Pediatrics, School of Medicine Loma Linda University May, 2005 in <http://www.highreliability.org/articles/HRO%20essay.pdf>.
- VIDALL, S-A. King's Fund Organisational Audit: More than ticks in boxes. *Journal of Quality Clinical Practice*. ISSN 1320-5455. nº 18, (1998), p. 83-88.
- WAGNER, C.; BAKKER, D.; GROENEWEGEN P. — A measuring instrument for evaluation of quality systems. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. ISSN 1353-4505. Vol. 11, nº 2, (1999), p. 119-130.
- WEICK, K.; SUTCLIFFE, K. Managing the Unexpected: Assuring high performance in an age of complexity. 1ª edição. San Francisco, 2001. ISBN 0-7879-5627-9.

Serviços Logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar? (Parte I)

Helena Pestana **Autora**

Resumo

O aumento dos custos é uma das principais preocupações orçamentais na saúde e é de todo interesse analisar o sistema de *procurement* das organizações hospitalares.

Deste modo, o presente artigo visa compilar informação, analisar e propor medidas a nível logístico no *procurement*. Abordaremos, neste primeiro apontamento, a descrição do processo logístico, sendo que a análise efectuada será apresentada numa próxima edição.

Palavras-chave

Planear, requisitar, encomendar, gestão e *procurement*

Title

Logistic services, what kind of support to hospital activities?

Abstract

Talking into account the increasing costs in health care, it is important to analyse the *procurement* systems in hospital environment.

The present article aims to compile information on the logistic system still in practice in many hospitals.

In a second article, we will then make a critical analysis of the logistic services.

Key-Words

Planning, requisition, costs, procurement

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas, o envelhecimento da população, os avanços da tecnologia e o aumento das expectativas dos doentes, serão factores problemáticos nesta década, que será sem dúvida um período de mudanças no sistema da saúde e de substanciais alterações na prestação de cuidados de saúde.

Actualmente, o grande desafio consiste em adaptar às organizações de Saúde mecanismos de reorganização e de gestão do trabalho e introduzir-lhes regras de mercado, que acrescentem valor a estas organizações.

Neste contexto, a produtividade, para além dos aspectos tecnológicos e de organização, está fortemente dependente da boa gestão dos recursos, pelo que uma prática fundamentada e actualizada é um factor-chave da qualidade da gestão das organizações. A decisão do Estado, no passado, de assumir um papel central na regulação da prestação dos cuidados de saúde resultou numa sobrecarga administrativa e financeira para os diversos prestadores de saúde, aumentando vertiginosamente os custos. Presentemente, acresce ainda que devi-

do às restrições orçamentais, o Estado pretende aliviar os seus encargos na saúde.

Todos estes conceitos de reestruturação relacionam-se com o tema dominante em todos os hospitais, ou seja, como podem os custos ser reduzidos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados?

Como refere Eubanks (1992), o objectivo último é tornar o sistema mais centrado no doente e eficiente na utilização dos recursos, ao mesmo tempo que dá mais responsabilidade às pessoas mais directamente ligadas à prestação dos cuidados de saúde.

I – A GESTÃO DAS ACTIVIDADES LOGÍSTICAS

A gestão integrada das actividades logísticas, agora não só a jusante da produção mas também a montante, congrega a gestão dos fluxos físicos, que atravessam a realidade empresarial desde o abastecimento até à distribuição física e os fluxos informacionais, que atravessam a empresa, tal como os fluxos físicos mas em sentido contrário, ou seja, de jusante para montante. De facto, a saúde está a entrar numa nova era de reformas, focalizada na colaboração, acesso

universal, redes locais e gestão dos cuidados de saúde. Presentemente, têm-se verificado algumas mudanças no sentido de fazer retornar ao sector privado alguns dos custos da saúde.

Todavia, a maior parte dos diversos sistemas de saúde são constituídos por remendos antiquados incapazes de responder às necessidades e procura dos diversos intervenientes, sejam eles doentes ou prestadores de serviços.

Devido a restrições orçamentais, o Estado pretende aliviar os seus encargos na saúde.

GAMER *et al* (1990), referem que, com a grande tendência da privatização dos serviços de saúde, outras abordagens se desenham na área da saúde, como sejam:

- **Aumento da procura** – Verifica-se um aumento generalizado da procura e dos lucros, havendo tendência para o investimento no sector privado na área da saúde, com a gestão privada de alguns hospitais e com o aumento da capacidade instalada e reestruturação de infra-estruturas noutros hospitais privados já existentes;
- **Envelhecimento da população** – O envelhecimento da população é uma realidade dos nossos dias e a esperança de vida continua a aumentar, colocando a terceira idade

como o segmento populacional com o maior crescimento, levando a um aumento de gastos na saúde e, conseqüentemente ao aumento de custos;

- **Transferência dos cuidados com internamento para os cuidados ambulatoriais** – O aumento galopante dos custos de internamento devido a factores como o envelhecimento da população e as doenças crónicas contribuirão para uma renovada atenção, para os cuidados de longo prazo. O grande desenvolvimento tecnológico motivou a transferência de doentes do internamento para o tratamento em ambulatório, caso a situação clínica o permita;
- **Tecnologia** – A tecnolo-

gria desempenha um papel estratégico no sucesso de qualquer hospital. Prevê-se uma focalização de recursos financeiros e de marketing dos hospitais e, em determinadas áreas especializadas.

truturação, relacionam-se com o tema dominante em todos os hospitais, ou seja, como podem os custos ser reduzidos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados? Como refere Eubanks (1992), o objectivo último é tornar o sistema mais centrado no doente e eficiente na utilização dos recursos, ao mesmo tempo que dá mais responsabilidade às pessoas mais directamente ligadas à prestação dos cuidados de saúde.

2. O PROCUREMENT DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: CENÁRIO ACTUAL

Genericamente, o processo de aquisição dos organismos do Ministério da Saúde decorre da seguinte forma:



Processo I: Planear

O processo de Planeamento constitui uma etapa prévia à realização das aquisições com o objectivo de ajustar os volumes de compras às necessidades reais das instituições. Nesta fase, os organismos, com base em informações relativas aos consumos históricos e estimativas dos serviços, procuram estimar os consumos para o ano seguinte.



1.1 Preparação do processo de Planeamento – O planeamento das compras é iniciado pelo Serviço de Aproveitamento (SA), antes do final do ano em causa, através do pedido de estimativas a todos os serviços clínicos. Este pro-

Figura 1:

Processo de aquisição dos organismos do Ministério da Saúde



gria desempenha um papel estratégico no sucesso de qualquer hospital. Prevê-se uma focalização de recursos financeiros e de marketing dos hospitais e, em determinadas áreas especializadas.

Todos estes conceitos de rees-

Processo I: Planear



Helena Castelão Figueira Carlos Pestana
hapestana@gmail.com

Licenciada em Enfermagem de Reabilitação pela ESEMFR. Enfermeira chefe no Hospital Curry Cabral. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG
Licenciata in Nursing by ESEMFR. Nurse manager of Curry Cabral Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG

cedimento tem como objectivo obter informação sobre a produção contratualizada para o próximo ano, de forma aferir as estimativas de consumo.

No caso de existir um sistema de distribuição de produtos por níveis aos diferentes serviços, esses níveis também são revistos todos os anos, de forma a ajustarem-se às novas estimativas de consumo.

1.2 Elaboração de estimativas de consumos – Com base na informação recolhida e no histórico de consumos é elaborado o mapa de compras (produtos, respectivas quantidades e preços para o ano seguinte) em folha Excel.

1.3 Validação e aprovação de estimativas – O mapa de compras é devidamente validado e autorizado pela direcção do SA e posteriormente pelo Conselho de Administração (CA).

1.4 Tratamento de informação – Após aprovação superior é efectuada, pelo SA, a sistematização da informação das estimativas de compras para um ano – organização dos procedimentos de aquisição por grupos de produtos, consoante o valor financeiro envolvido.



Processo 2: Requisitar

A requisição de uma encomenda surge quando a entidade requisitante (Farmácia ou Armazém Central) identifica uma necessidade de reposição de material.

Processo 2: Requisitar



2.2 Requisição da encomenda

– Se a necessidade for identificada pelo Serviço Clínico, este ou dirige o seu pedido ao armazém no sentido de verificar se o artigo existe ou não em stock ou, caso se trate de um artigo novo, dirige o seu pedido ao SA. Caso exista um esquema de reposições por níveis nos serviços, as requisições internas ao armazém surgem com menos frequência.

Se a necessidade partir do armazém, o pedido é dirigido directamente ao SA.

O registo de identificação das necessidades é feito em folhas de papel num formato pré-definido.

2.2 Verificação da encomenda em armazém

– Se o pedido partir do serviço, o armazém verifica se possui ou não a encomenda em stock.

2.3 Análise de Requisições

– Caso haja necessidade de repor o stock em armazém ou adquirir um produto novo, o SA analisa as requisições, procede à sua aprovação e posteriormente dá início a uma pesquisa de mercado, negociação e respectiva adjudicação de despesa.



Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

O presente processo corresponde à fase em que os serviços especializados do organismo procedem a uma pesquisa no mercado no sentido de identificarem o fornecedor mais adequado, tanto a nível de preço como de qualidade. No decorrer desta etapa, pode eventualmente ocorrer uma negociação com o fornecedor. Obtida a proposta de aquisição com as devidas especificações, esta é sujeita à decisão de adjudicação. O processo administrativo de aquisição, planeado ou não, obedece ao valor da aquisição, que condiciona o procedimento escolhido: ajuste directo, procedimento com consulta prévia,

procedimentos por negociação, concurso limitado sem apresentação de candidaturas, concurso limitado por prévia qualificação e concurso público.

Procedimento de Compra – Ajuste Directo e Consulta Prévia para valores inferiores a 25.000 €

3.1 Pesquisa de Mercado

– Com base nas requisições dos serviços e com as devidas especificações técnicas introduzidas, os funcionários das compras do SA realizam uma pesquisa de mercado após aprovação do respectivo pedido de procedimento.

3.2 Negociação

– O funcionário das compras envia convites aos fornecedores, através dos quais solicita informação sobre a aquisição, via fax. Os fornecedores enviam a resposta também via fax.

3.3 Adjudicação

– Após a recepção das propostas dos fornecedores, as condições de venda são introduzidas manualmente no sistema informatizado. Este sistema permite a emissão do mapa

Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

Procedimento de Compra – Ajuste Directo e Consulta Prévia para valores inferiores a 25.000 €



com o resumo das condições apresentadas pelos concorrentes, o qual facilita a análise por parte dos Júris e Comissões. Os *inputs* na decisão da compra são efectuados por Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Técnicos, consoante os produtos a adquirir. A decisão de adjudicação da despesa cabe ao CA ou ao Director de SA, consoante existam ou não delegação de competências e é suportada pela informação de cabimento fornecida pelos Serviços Financeiros. A informação que circula entre os intervenientes do processo é suportada em documentos em formato papel.

Procedimento de Compra através do catálogo do IGIF (Ajuste Directo)

3.1 Pesquisa de Mercado – Uma vez recepcionadas as requisições dos serviços, preenchidas todas as especificações técnicas e aprovado o procedimento de aquisição, os funcionários responsáveis pelas compras do SA, procedem à pesquisa de mercado, via catálogo do IGIF: www.catalogo.min-saude.pt

3.2 Negociação – Após a consulta ao catálogo do IGIF e face às condições fixadas pelos fornecedores, a instituição de saúde pode ainda solicitar um preço mais vantajoso ao fornecedor (via fax ou e-mail). As condições que o fornecedor acordar são vinculativas para as outras instituições.

3.3 Adjudicação – A descrição é semelhante à indicada no ponto 3.3 do quadro anterior.

Procedimento de Compra – Consulta Prévia com valores compreendidos entre 25.000 e 50.000€

3.1 Preparação de documentação necessária para se dar início ao processo – A abertura do procedimento é autorizada pela entidade competente para autorizar a despesa, com base numa estimativa de custos. A natureza do procedimento exige que seja nomeada uma Comissão de Análise, que emitirá o parecer relativamente à escolha do fornecedor ao qual vai ser adju-

dicada a compra dos artigos. Esta comissão define os critérios de adjudicação do procedimento.

3.2 Pesquisa de Mercado – Os funcionários de compras efectuam a pesquisa de mercado, enviando um convite, via fax, de apresentação de proposta aos fornecedores. As respostas são enviadas por correio.

3.3 Abertura e selecção de propostas de fornecimento – Uma vez recebidas as propostas, estas são abertas numa sessão pública, na qual se delibera sobre a sua admissão. Posteriormente, a Comissão pronuncia-se relativamente às propostas admitidas emitindo a proposta de adjudicação.

Os concorrentes são informados desta proposta de adjudicação e têm um prazo para se pronunciarem sobre a mesma. Após a consulta ao catálogo do IGIF e face às condições fixadas pelos fornecedores, a instituição de saúde pode ainda solicitar um preço mais vantajoso ao fornecedor (via fax ou e-mail). As condições que o fornecedor acordar são vinculativas para as outras instituições.

3.4 Elaboração de documentação de apoio à decisão de adjudicação – Com base no parecer emitido pela Comissão, o SA elabora documento necessário à adjudicação, documento esse que contém a informação de cabimento.

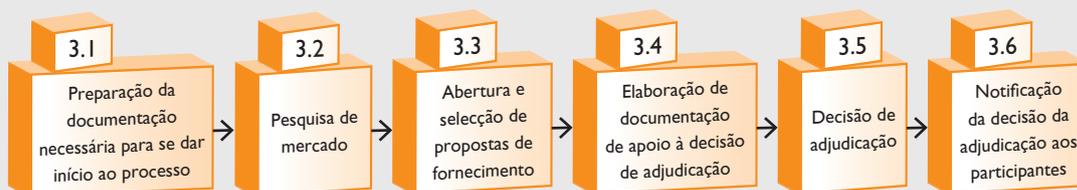
Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

Procedimento de Compra através do catálogo do IGIF (Ajuste Directo)



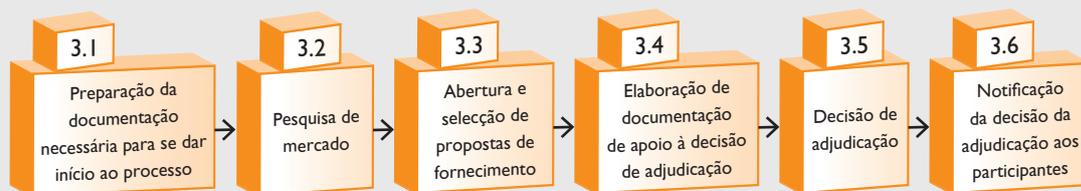
Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

Procedimento de Compra – Consulta Prévia com valores compreendidos entre 25.000 e 50.000€



Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

Procedimento de Compra para Concurso Limitado até 75.000 Euros



3.5 Decisão de adjudicação – O documento referido no ponto anterior é submetido à apreciação do órgão competente para autorizar a despesa, o CA ou a Direcção de SA, consoante existam ou não delegação de competências. A autorização consiste numa assinatura em suporte papel.

3.6 Notificação da decisão de adjudicação aos participantes – Se a compra for adjudicada, os concorrentes são notificados através de um documento, enviado pelo SA por fax.

Procedimento de Compra para Concurso Limitado até 75.000 Euros

3.1 Preparação de documentação necessária para se dar início ao processo – Com base em estimativas de

custos de aquisição, a proposta de procedimento e o caderno de encargos são submetidos à apreciação do CA e, simultaneamente, solicita-se a nomeação de um Júri, que presidirá a todos os actos do concurso. O Júri define a ponderação dos critérios previamente definidos no caderno de encargos.

3.2 Pesquisa de Mercado – A pesquisa de mercado é realizada pelos funcionários do SA, que enviam o convite, previamente aprovado pelo Director, aos fornecedores. Este convite é enviado via fax e informa os seus destinatários que o caderno de encargos está disponível para consulta e venda.

3.3 Abertura e selecção de propostas de fornecimento – Após a data limite de recepção das propostas realiza-se o acto público, presidido

pelo Júri, onde se delibera sobre a admissão a concurso das propostas apresentadas.

Posteriormente, o Júri analisa as propostas admitidas e elabora o relatório com a proposta de adjudicação.

A acta do acto público e o relatório do Júri são elaborados em suporte de papel.

Os concorrentes são informados desta proposta de adjudicação e têm um prazo para se pronunciarem sobre a mesma.

3.4 Elaboração de documentação de apoio à decisão de adjudicação – Com base no parecer emitido pelo Júri, o SA elabora o documento necessário à adjudicação, documento esse que contém a informação de cabimento, fornecida pelos serviços financeiros através de um documento denominado por Informação de Cabimento.

3.5 Decisão de adjudicação – O documento referido no ponto anterior é submetido à apreciação do órgão competente para autorizar a despesa, o CA ou a Direcção de SA, consoante existam ou não delegação de competências. A autorização consiste numa assinatura em suporte papel.

3.6 Notificação da decisão de adjudicação aos participantes – A decisão final de adjudicação é notificada aos concorrentes via fax, sendo concedido um prazo de dez dias para recorrerem hierarquicamente da mesma caso discordem. O SA solicita ao concorrente adjudicatário, informação necessária à elaboração do contrato de fornecimento.

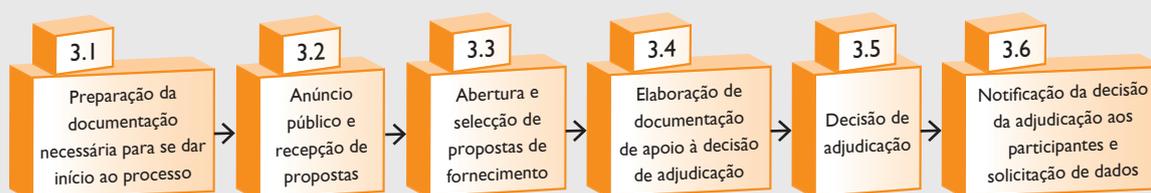
Procedimento de Compra para Concursos Públicos

3.1 Preparação de documentação necessária para se dar início ao processo – A descrição é semelhante à indicada no ponto 3.1 do quadro anterior.

3.2 Anúncio Público e recepção de propostas

Processo 3: Pesquisar, Negociar e Adjudicar

Procedimento de Compra para Concursos Públicos



Processo 4: Encomendar



– Após a aprovação do Procedimento e respectivo Caderno de encargos pelo CA, o SA publicita a abertura do concurso nos meios impostos por Lei (D.R. e em dois jornais de grande circulação). Os concorrentes enviam por correio ao SA as suas propostas de fornecimento.

3.3 Abertura e selecção de propostas de fornecimento – A descrição é semelhante à indicada no ponto 3.3 do quadro anterior.

3.4 Elaboração de documentação de apoio à decisão de adjudicação – Com base no parecer emitido pelo Júri, o SA elabora o documento necessário à adjudicação, documento esse que contém a informação de cabimento.

3.5 Decisão de adjudicação – A descrição é semelhante à indicada no ponto 3.5 do quadro anterior.

3.6 Notificação da decisão de adjudicação aos participantes e solicitação de dados – A descrição é semelhante à indicada no ponto 3.6 do quadro anterior.



Processo 4: Encomendar

Uma vez adjudicada a despesa, é dado início ao processo de encomenda, o qual consiste no tratamento da informação resultante da adjudicação e envio da nota de encomenda para o fornecedor.

4.1 Tratamento das Notas de Encomenda – O SA recebe o processo de aquisição com a respectiva decisão de adjudicação. O funcionário de compras introduz no sistema os dados necessários à elaboração da nota de encomenda. Esta é extraída a partir do sistema e assinada pelo funcionário das compras e pelo Director do SA.

4.2 Envio das Notas de Encomenda – As Notas de Encomenda são enviadas por fax ou por correio ao fornecedor, sendo por vezes acompanhados de um telefonema.

4.3 Confirmação e Arquivo do fornecimento – Se o envio da Nota de Encomenda ao fornecedor for realizado por fax, a confirmação de recebimento é automática. Caso seja enviada por correio, o funcionário das compras

aguarda o recebimento da confirmação para posteriormente arquivá-la juntamente com o processo de aquisição.



Processo 5: Recepcionar

A recepção ocorre, normalmente, no armazém central, mas pode ocorrer em dois espaços distintos (armazém central e farmácia) e pode ainda contemplar a devolução dos artigos, caso estes não se encontrem em conformidade. Assim, é possível especificar cada um destes cenários:

- Recepcionar no armazém e/ou farmácia sem devolução de mercadorias;
- Recepcionar no armazém e/ou farmácia com devolução de mercadorias.

5.1 Recepção da encomenda – O fornecedor ou distribuidor procede à entrega da encomenda no armazém central ou na farmácia consoante existam ou não espaços distintos.

5.2 Controlo da recepção e devolução, se aplicável – O funcionário administrativo do armazém ou da farmácia procede ao controlo quantitativo do artigo, o que se traduz numa

comparação entre a Nota de Encomenda e a Guia de Remessa, verificando se as variáveis preço e quantidade estão em conformidade com o solicitado. De seguida, procede-se a um controlo qualitativo, em que se verifica se o material recepcionado corresponde ao material encomendado e se os prazos de validade são aceitáveis. Se os artigos não estiverem em conformidade são devolvidos ao fornecedor e é emitida uma guia de devolução ou outro documento comprovativo da devolução do material. O funcionário da gestão de stocks informa as compras no sentido de estas procederem à regularização da situação com o fornecedor.

5.3 Registo da Guia de Remessa – Se os artigos estiverem em conformidade, o funcionário da recepção do armazém procede à introdução manual dos dados da guia de remessa no suporte informático, designada por entrada do produto.



Processo 6: Armazenar e Distribuir

No armazém central, os artigos recepcionados podem ser

Processo 5: Recepcionar



Processo 6: Armazenar e Distribuir



classificados em artigos com e sem stock, consoante estes sejam armazenados no armazém (central ou de farmácia) ou encaminhados directamente para o respectivo serviço. O encadramento das etapas dos processos fazem variar os respectivos custos associados, implicando um dos cenários mencionados:

- Armazenamento no armazém central e distribuição dos artigos com stock nos serviços;
- Armazenamento no armazém central e distribuição dos artigos sem stock nos serviços;
- Armazenamento no armazém de farmácia e distribuição dos artigos nos serviços.

6.1 Envio dos artigos para os respectivos armazéns e posterior armazenagem – Após efectuada a recepção dos artigos, estes são acondicionados nos armazéns centrais ou na farmácia, caso sejam artigos com stock. A informação relativa ao local de armazenagem surge indicada na respectiva nota de encomenda.

O acondicionamento dos produtos é efectuado pelo nome do artigo, de acordo com a rotação dos mesmos.

6.2 Distribuição dos artigos nos serviços – Existem

artigos que são entregues directamente nos serviços clínicos, nomeadamente materiais de consumo específico e reagentes que exigem acondicionamento especial.

Relativamente aos artigos com stock, a distribuição pode ser efectuada por níveis semanais ou quinzenais, previamente acordados com cada serviço. Os medicamentos têm uma distribuição diária e individual para cada doente (distribuição em dose unitária).

6.3 Devolução dos artigos ao armazém – Se forem detectadas irregularidades no artigo, este é entregue ao armazém. Uma vez comunicado o sucedido, o funcionário das compras procede à regularização da situação.



PROCESSO 7: VALIDAR FACTURAS

Processo 7: Validar facturas



O processo de validação de facturas apresenta duas variantes: análise de facturas em conformidade e análise de facturas desconformes. Desta forma, é necessário apresentar uma tabela para cada um dos cenários:

- Facturas em conformidade;
- Facturas em desconformidade.

7.1 Recepção de facturas – O fornecedor envia as facturas referentes aos artigos encomendados, no sentido do organismo proceder ao seu pagamento. As facturas são dirigidas aos funcionários responsáveis pela sua validação.

7.2 Validação e tratamento de facturas – As facturas são validadas pelo funcionário responsável, que procede à comparação entre a informação que consta na factura e a respectiva nota de encomenda e guia de remessa.

Se forem detectadas desconformidades, estas são solucionadas pelo funcionário responsável pelo processo de aquisição correspondente.

Após regularizada a situação, o funcionário encarregue do tratamento das facturas procede ao registo em suporte informático.

7.3 Envio para a contabilidade

lidade – Na etapa seguinte, e caso o tratamento das facturas tenha sido realizado no SA, estas são enviadas para a Contabilidade dos Serviços Financeiros.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Brust, L. (1990) *Mudança na Administração pública: o cidadão como objectivo* in “Estudos Políticos e Sociais” ISCSP. Lisboa.
- Gamer, M. et al (1990) *Forces of Changes – An Overview*, Topics on Health Care Financing, vol. 16:4, Aspen Publishers, Inc.
- [Lisboa: Internet, <http://www.igif.min-saude.pt/upload/igif/img/IGIF-Publica.pdf>]
- [Lisboa: Internet, <http://www.catalogo.min-saude.pt/CAPS/publico/default.asp>]
- Orton, J. D. e Weick, K. E. (1990) *Loosely Coupled Systems: a reconceptualization*. In “Academy of Management Review”. 15 (2).
- Palmer, R. Healthier, Hargraves, J. (1996) *The Ambulatory Care Medical Audit Demonstration Project Research Design*, Medical Care, Vol. 34, n. 9, pp SS12 a SS28, Supplement, Lippincott-Raven Publishers.
- Reis, L. (2000) *Estratégia Empresarial, Análise, Formulação e Implementação*. 1ª Ed. Lisboa. Editorial Presença.
- Schein, E. (1999) *Corporate Culture*. 1º ed. San Francisco, Editora Jossey-Bass.
- Sharman, G. (1984) *The Rediscovery of Logistics*. Harvard Business Review (Sept. – Oct.). pp 71 –79

O Impacto da Visão/Missão na
Estratégia de uma Organização de Saúde

Edição N.º 1

**Cultura Organizacional
e Estilo de Gestão**

Edição N.º 2

Análise FMEA ao Serviço
das Organizações de Saúde

Edição N.º 3

Diagnóstico do Trabalho
em Funções-Chave na Saúde

Edição N.º 4

Diagnóstico Organizacional –
Stream Analysis, uma Abordagem
Integradora no Sector da Saúde

Edição N.º 5

Inquérito ServQual – a Orientação
para um Serviço de Qualidade

Edição N.º 6

Avaliação da Eficácia de
uma Organização de Saúde

Edição N.º 7

Gerir a Mudança numa
Organização de Saúde

Edição N.º 8

Dossier Temático:

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

Luis Monteiro, Ricardo Valente

Cultura Organizacional e Estilo de Gestão

Luis Monteiro, Ricardo Valente **Autores**

Resumo

A Cultura Organizacional tem sido apontada como um factor crítico para o sucesso das Organizações. É, pois, fundamental compreender o modo como se manifesta e como, num cenário de mudança, operar um *shift* cultural. Neste artigo descrevemos uma metodologia de avaliação da Cultura Organizacional e do estilo de liderança e gestão associado e recorreremos a um estudo de caso de modo a apresentarmos a sua operacionalização no contexto de uma Organização de Saúde.

Palavras-chave

Cultura organizacional, estilo de liderança e gestão, gestão da mudança, clã, adhocracia, mercado, hierarquia

Title

Organizational Culture and Management Style

Abstract

Organizational Culture has been appointed as a major success factor of the Organizations. Therefore, it's critical to understand what culture is and realize it exists at several levels and how can we manage change in order to succeed in an uncertain environment. In this article, we will describe an Organizational Culture and leadership assessment tool and also present a case study of a practical application of these concepts, in a health care organization.

Key-Words

Organizational Culture, Leadership and management style, change management, clan, adhocracy, market, hierarchy

1. A CULTURA DE UMA ORGANIZAÇÃO

Os factores que têm estado na base da vantagem competitiva das Organizações com histórico de sucesso, centram-se em torno de aspectos ligados ao sentido de Visão, Missão e Valores partilhados e interiorizados pelas Pessoas¹.

Com efeito, o êxito continuado dessas Organizações tem tido uma correlação mais forte com factores como os valores por elas promovidos, do que com

as forças de mercado; com as crenças e princípios defendidos, do que com o seu posicionamento no mercado; com a sua Visão Estratégica, do que com a vantagem decorrente dos seus recursos disponíveis (Quinn e Cameron, 1999).

Este conjunto de factores enformam aquilo a que, frequentemente, se denomina a Cultura de uma Organização e que integra o conjunto de pressupostos – inventados, descobertos ou desenvolvidos por um

determinado grupo à medida que aprende a lidar com os problemas adaptação externa e de integração – e que, tendo funcionado bem, foram considerados válidos e matéria de ensinamento dos novos membros do grupo como a forma correcta de perceber, pensar, sentir e agir (Schein:1985). Numa Organização, os comportamentos quotidianos das pessoas são determinados pelas normas de conduta que foram apreendidas e interiorizadas. Por

essa razão é fundamental analisar a Cultura de uma Organização em todos os seus níveis.

É frequente encontrarmos numa Organização um conjunto de características que constituem a camada visível da manifestação da sua Cultura. O modo como as pessoas comunicam entre si (grau de formalidade/informalidade), o modo como gerem as relações de poder e distância hierárquica, o modo como trabalham (numa lógica individual/grupal), entre

¹ Este tema foi abordado no artigo nº1, Edição de Junho de 2006 deste Dossier Temático

outras (Hofstede: 1991). Este corresponde ao nível 1 – artefactos – da Cultura de uma Organização. Representa basicamente tudo aquilo que é observável: o que vemos, ouvimos e sentimos quando entramos em contacto com uma dada Organização (Schein: 1999). No nível 2 – valores manifestados – encontramos um conjunto de pressupostos que correspondem a um aprofundamento daquilo que está na base dos comportamentos acima descritos. Passa essencialmente por se perceber porque é que as pessoas comunicam de uma determinada forma, porque é que desenvolvem as relações de poder com maior ou menor distanciamento hierárquico, porque é que trabalham em equipa ou individualmente, etc.. No fundo, trata-se de identificar e compreender os valores basilares que regem todo o funcionamento da Organização. No nível mais profundo da Cultura Organizacional – o nível 3 – encontramos o conjunto de pressupostos tacitamente assumidos por todos os actores, que constituem a verdadeira justificação dos valores e comportamentos observáveis. Essa

justificação é obtida a partir de uma análise do historial da Organização, assente na interpretação das crenças, valores, princípios e ideologias promovidas pelos seus fundadores e líderes que marcaram as várias fases da vida da Organização. Esses *drivers* que estiveram na base do sucesso da Organização, são natural e progressivamente incorporados e fomentados a todos os níveis, na qualidade de garantias do seu êxito futuro. Este processo tende a cristalizar-se, formando as bases da Cultura da Organização. As vantagens associadas à existência de uma Cultura Organizacional forte e aglutinadora passam pelo desenvolvimento de um *framework* de comportamentos e práticas que orientam os Indivíduos e reduzem o grau de incerteza; clarificam aquilo que a Organização valoriza e espera dos Actores; criam uma identidade e compromisso colectivo e definem o rumo e a Visão Estratégica a prosseguir (Trice e Beyer: 1993).

2. CULTURAS DOMINANTES

Cameron e Quinn (1999) apresentam um modelo de avaliação

da Cultura Organizacional baseado em duas dimensões. Uma das dimensões define como critérios de eficácia de uma Organização, factores relacionados com a flexibilidade, autonomia e dinamismo ou, em oposição, a estabilidade e o controlo. A outra dimensão enfatiza como critérios de eficácia a lógica da integração, unidade e orientação interna ou, em contraposição, a orientação externa, diferenciação e competição. Da combinação destas dimensões, resultam quatro quadrantes distintos que se manifestam nas Organizações de acordo com um conjunto de aspectos valorizados: as características dominantes, o estilo de liderança e de gestão, o princípio organizacional, o clima organizacional e os critérios de sucesso (Quinn:1999). Assim, de acordo com a Cultura de uma dada Organização,

os quadrantes serão mais ou menos dominantes, tem em conta o peso atribuído aos aspectos mencionados.

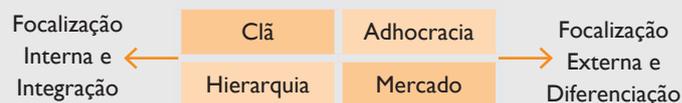
2.1. Cultura de Adhocracia

2.1.1. Adhocracia

Uma organização em que predomine a cultura Adhocracia, é caracterizada por se concentrar no posicionamento externo, na flexibilidade e no individualismo dos seus membros.

- Características dominantes: a organização é muito dinâmica e de espírito empresarial. As pessoas estão dispostas a correr riscos;
- Líder organizacional: o líder é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios;
- Estilo de gestão: o estilo de gestão caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade;

Figura 1:
Flexibilidade e Autonomia



Luis Monteiro

luis.filipe.monteiro@gmail.com

Luis Monteiro é licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE e mestrando em Gestão de Recursos Humanos na Universidade do Minho. É consultor de empresas, desenvolvendo projectos na área da Saúde, Banca, Telecomunicações, Serviços e Indústria.

Luis Monteiro has a degree in HR Management and is a master's candidate in Human Resources Management at Universidade do Minho.

He is a HR management consultant working at major sectors, such as Health Care, Finance, Telecommunications, Services and Industry.

Ricardo Valente

luis.filipe.monteiro@gmail.com

Ricardo Valente é licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE e mestrando em Gestão de Serviços de Saúde, no ISCTE Business School. É Consultor sénior, desenvolvendo projectos no Sector Público e Sector da Saúde.

Ricardo Valente has a degree in HR Management and a master's candidate in Health Care Management Services at ISCTE Business School. He is a senior management consultant at Public Sector agencies and Health Care.

- d) Princípio organizacional: a base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação;
- e) Clima organizacional: o clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Estimula-se a mudança e o desenvolvimento;
- f) Critérios de sucesso: o sucesso é medido com base na posse de produtos únicos e inovadores. A organização é inovadora e possui produtos líderes de mercado.

À cultura Adhocracia correspondem os seguintes perfis de líder: Líder Inovador: como inovador, o gestor deve facilitar a adaptação e a mudança. O inovador conceptualiza e projecta as mudanças necessárias. O papel de inovador requer que o gestor seja um sonhador criativo que pense no futuro, preveja as inovações e as adapte de forma imaginativa, o que implica:

- Surgir com ideias inovadoras;
- Experimentar novos conceitos e procedimentos;
- Resolver problemas de uma forma criativa e inteligente;
- Procurar inovações e potenciais melhorias.

Líder Intermediário: o líder intermediário está particularmente orientado na manutenção da legitimidade externa e na obtenção dos recursos externos.

Espera-se que o intermediário seja politicamente astuto, persuasivo, influente e poderoso e se encontre com pessoas não pertencentes à unidade, representante a organização e os seus produtos ou serviços e adquira recursos. Manter uma boa imagem, aparência e reputação são fundamentais, o que implica:

- Exercer considerável influência na organização;
- Influenciar decisões tomadas nos níveis superiores;
- Conseguir ter acesso às pessoas que estão nos níveis superiores;
- Apresentar persuasivamente ideias novas aos superiores hierárquicos.

2.1.2. Mercado

O posicionamento externo e a necessidade de estabilidade e controlo são típicos de uma organização onde pontifique a cultura Mercado.

- a) Características dominantes: a organização está muito orientada para a competição. A maior preocupação consiste em o trabalho ser bem feito. Os indivíduos são orientados para o alto desempenho e elevada produtividade;
- b) Líder organizacional: o líder é, de uma maneira geral, considerado como um grande director, produtivo e competitivo;
- c) Estilo de gestão: o estilo de gestão na organização é ca-

racterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho;

- d) Princípio organizacional: a preocupação com a produção e a consecução de objectivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento agressivo no mercado;
- e) Clima organizacional: o clima da organização é competitivo e, por isso, propício ao conflito. Realça-se a vitória sobre a concorrência;
- f) Critérios de sucesso: a organização determina o sucesso com base na quota e penetração no mercado. O objectivo-chave consiste em bater a concorrência.

À cultura Mercado correspondem os seguintes estilos de liderança: Líder Produtor: espera-se que um produtor se oriente, sobretudo, para a tarefa e se empenhe na execução das suas actividades, assim como deve demonstrar motivação, energia e uma dinâmica pessoal no desempenho das suas funções. No desempenho deste papel é suposto que um gestor encoraje os seus subordinados a aceitarem responsabilidade, a completarem tarefas e a manterem um elevado índice de produtividade. Normalmente, isto impõe o estímulo dos membros e da unidade para a consecução dos objectivos es-

tabelecidos, o que implica:

- Manter uma orientação clara para os resultados;
- Identificar se a unidade atinge os objectivos estabelecidos;
- Levar a unidade a cumprir os objectivos estabelecidos;
- Realçar o facto de a unidade atingir os objectivos.

Líder Director: espera-se que o líder director clarifique expectativas através de processos como os de planeamento e estabelecimento de objectivos, que tenha capacidade de iniciativa e defina os problemas seleccionando alternativas definindo papéis e tarefas, crie regras e políticas, avalie a performance e dê orientação, o que implica:

- Definir claramente áreas de responsabilidade para os seus subordinados;
- Assegurar que todos sabem qual o caminho que a unidade de trabalho toma;
- Estabelecer objectivos claros para a sua unidade de trabalho;
- Clarificar prioridades e direcção.

2.1.3. Hierarquia

Uma organização cuja cultura é maioritariamente hierárquica é caracterizada por uma necessidade de estabilidade e controlo, bem como a focalização na manutenção interna.

- a) Características dominantes: a organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que

as pessoas fazem;

- b) Líder organizacional: o líder é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um técnico eficiente;
- c) Estilo de gestão: o estilo de gestão é caracterizado pela segurança no emprego, permanência no posto de trabalho e previsibilidade;
- d) Princípio organizacional: os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular, sem sobressaltos;
- e) Clima organizacional: o clima caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros;
- f) Critérios de sucesso: a organização define o sucesso com base na eficiência. Os baixos custos de produção e a garantia de entrega de produtos em devido tempo, são pontos-chave.

Correspondem à cultura Hierarquia os seguintes perfis de liderança:

Líder Coordenador: como coordenador, o gestor deve manter a estrutura e os processos do sistema. Neste papel, espera-se que o gestor ganhe a confiança dos seus colaboradores. Os comportamentos que caracterizam este papel, consistem em garantir o fluxo dos processos, minimizar os disfun-

cionamentos, elaborar e avaliar relatórios, fazer orçamentos, desenvolver e coordenar planos e projectos. A estabilidade e o controlo são activamente perseguidos, o que implica:

- Garantir a boa continuidade das operações diárias;
- Procurar que o seu ritmo de trabalho não seja interrompido;
- Controlar o que se passa dentro da unidade de trabalho;
- Promover um sentido de ordem na unidade de trabalho.

Líder Monitor: o líder monitor é tecnicamente excelente, deve estar informado sobre o que se passa na sua unidade, deve verificar se as pessoas cumprem as regras e se a unidade está a contribuir para o desenvolvimento da organização, de acordo com o esperado. O monitor deve ser minucioso e competente na análise racional dos problemas. Neste papel, incluem-se comportamentos como a análise técnica, o lidar com a informação de rotina e a resolução de problemas lógicos. O líder monitor deve disponibilizar os seus profundos conhecimentos, o que implica:

- Rever meticulosamente relatórios detalhados;
- Comparar registos, relatórios, etc., com o objectivo de neles detectar alguma discrepância;
- Trabalho com informação técnica;
- Analisar planos e calendários de actividade.

Clã

As organizações onde predomina a cultura Clã caracterizam-se por se centrarem na manutenção interna e flexibilidade, na preocupação com as pessoas e sensibilidade para perceber as reais necessidades dos clientes.

- a) Características dominantes: é uma organização muito pessoal, como se fosse uma grande família. As pessoas sentem que podem partilhar os seus problemas;
- b) Líder organizacional: na cultura Clã, o líder da organização é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, quase uma figura parental;
- c) Estilo de gestão: o estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação;
- d) Princípio organizacional: a base sobre a qual se mantém a organização é a lealdade e a implicação, sendo a coesão e o trabalho de equipa característicos deste tipo de cultura;
- e) Clima organizacional: o clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança;
- f) Critérios de sucesso: o sucesso é medido com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.

À cultura Clã correspondem as seguintes tipologias de liderança: **Líder Facilitador:** facilitador deve encorajar o esforço colectivo, criar coesão, trabalho de equipa e gerir os conflitos interpessoais. Neste papel, o padrão de comportamento esperado inclui servir de mediador nas disputas interpessoais, utilizar técnicas que visem a redução de conflitos, desenvolver a moral e a coesão, obter empenho e participação, e facilitar a resolução dos problemas de grupo, o que implica:

- Facilitar a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo;
 - Encorajar a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo;
 - Encorajar os subordinados a partilharem as suas ideias com o grupo de trabalho;
 - Fomentar espírito de equipa entre os grupos de trabalho.
- Líder Mentor:** espera-se que o mentor se implique no desenvolvimento das pessoas utilizando uma atitude empática. Neste papel, espera-se que o mentor seja atencioso, sensível, prestável, acessível, delicado, aberto e justo. Ao desempenhar este papel, o gestor demonstra confiança e reconhecimento. Considera as pessoas como recursos a desenvolver. O mentor auxilia o desenvolvimento das capacidades dos colaboradores, promove oportunidades de formação

e ajuda as pessoas a desenvolverem os seus planos de formação individual, o que implica:

- Escutar os problemas pessoais dos subordinados;
- Mostrar empatia e preocupação ao lidar com os seus subordinados;
- Tratar cada indivíduo de uma forma sensível e carinhosa;
- Mostrar interesse pelos interesses dos subordinados.

3. ESTUDO DE CASO

Apresentaremos, de seguida, um estudo de caso baseado na aplicação prática do Modelo descrito, numa Organização de

Saúde em Portugal – o presente estudo foi desenvolvido e liderado pelos autores do Artigo.

3.1. Caracterização da Organização em estudo

O estudo apresentado foi desenvolvido numa Organização Prestadora de Cuidados de Saúde, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde.

No quadro da evolução dos Hospitais Públicos para um regime de Empresarialização, a Organização em estudo, perspectivando o enquadramento nesta nova realidade, considerou relevante levar a cabo um processo de transfor-

mação organizacional.

Os objectivos do processo passaram pela identificação dos factores-chave da mudança a operar, no sentido de preparar e adequar à Organização aos desafios a enfrentar nesta nova lógica de actuação.

Um dos factores em análise (e que iremos aprofundar ao longo do presente artigo) consistiu no Diagnóstico à Cultural Organizacional existente e numa reflexão acerca dos valores, princípios e características a fomentar de modo a compatibilizar a Organização com as exigências futuras.

Complementarmente, foi levado a cabo uma avaliação do Estilo de Liderança e Gestão, quanto à perspectiva pessoal e dos outros. Tal como sucedeu no diagnóstico da cultura, procurou avaliar-se o estilo de liderança e gestão actualmente predominante e o desejado.

3.2 Metodologia de intervenção

Foi constituída uma Equipa de Gestão da Mudança (EGM) com o objectivo de participar nas actividades de diagnóstico e projectar e difundir as acções assinaladas no programa de in-

Figura 2:
Eixo representativo da Cultura actual:

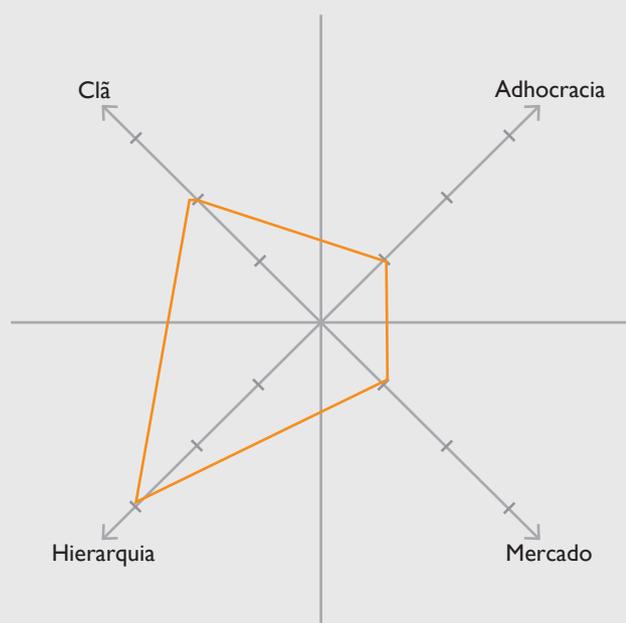
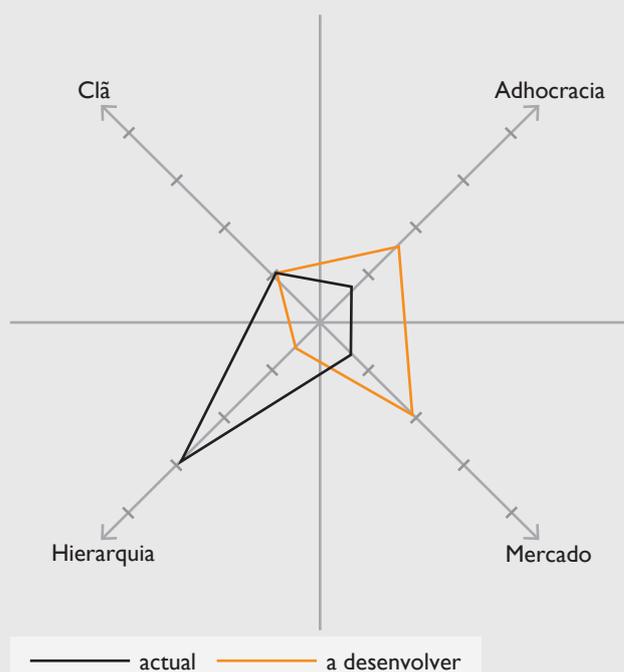


Figura 3:
Eixo representativo da Cultura a desenvolver



	Significa que devemos...	Mas não implica que devamos...
Clã	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar o espírito de entreajuda e coesão de grupo; Estimular a participação dos Colaboradores em todos os aspectos da vida da Organização; Ter em atenção os problemas e necessidades das pessoas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tolerar comportamentos desajustados da cultura de desempenho que se pretende fomentar na instituição; Perder o sentido da equidade no tratamento das Pessoas.
Ahdocracia	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a criatividade e iniciativa pessoal a todos os níveis da Organização; Colocar a capacidade empreendedorística dos Colaboradores na procura constante de novas soluções que melhorem a relação com o Cliente; Incorporar novos conceitos e procedimentos na prática quotidiana do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> Subvalorizar o espírito de equipa e a participação do grupo; Tomar decisões sem prévia ponderação dos impactos que daí poderão resultar; Abandonar as actividades-chave do trabalho.
Hierarquia	<ul style="list-style-type: none"> Simplificar processos de trabalho; Eliminar tarefas sem valor acrescentado; Optimizar custos de produção e eficiência de recursos; Reduzir o recurso ao “papel” sob via da informatização dos processos; Clarificar papéis e responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Deixar de cumprir as regras que mantenham o bom funcionamento da instituição; Eliminar a iniciativa e proactividade dos colaboradores.
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as necessidades dos Clientes; Identificar os objectivos e indicadores de performance; Responsabilizar e comprometer as Pessoas com os resultados; Melhorar a qualidade do serviço prestado; Alargar a base de Clientes; Ganhar e manter posição de liderança de mercado nos segmentos de actuação; Optimizar os recursos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar uma cultura de individualismo nem de perda do espírito de equipa; Sacrificar a vida pessoal dos Colaboradores; Descurar os Clientes actuais; Ignorar a possibilidade de criação de sinergias ou de parcerias com outras entidades; Reduzir o <i>headcount</i> da instituição.

tervenção a elaborar. A EGM foi composta pelos principais líderes formais e informais, oriundos das quatro áreas de competência da organização: Administrativos, Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Saúde. As actividades relacionadas com as actividades de gestão da mudança foram desenvolvidas ao longo das seguintes fases de intervenção:

Fase 1 – diagnóstico e consenso acerca da cultura dominante

Nesta fase, procedeu-se a um

Diagnóstico acerca da Cultura que, segundo os elementos da EGM, caracterizava a Organização em estudo. Foi distribuído pelos elementos da equipa um questionário baseado no Modelo dos Valores Contrastantes² para preenchimento individual. Findo o preenchimento, foram conduzidas várias sessões de trabalho com a finalidade de confrontar a visão dos vários elementos da EGM e estabelecer uma plataforma de entendimento acerca da Cultura existente. Atingido o consenso no seio do grupo, foi construído

um eixo ilustrativo da cultura actualmente predominante.

Como pode constatar-se pela observação do eixo, a Cultura dominante consistia numa hierarquia, cujos princípios eram baseados na estabilidade e controlo e dos processos internos. O entendimento da EGM era que o traço marcante da Organização assentava no cumprimento de regras, normas e procedimentos de trabalho. Coexistia a preocupação da Organização com as pessoas (Cultura de Clã), manifestando-se, ainda que de uma forma

muito ténue, algumas características associadas à Cultura de Ahdocracia e de Mercado.

Fase 2 – diagnóstico e consenso acerca da cultura a desenvolver

Partindo do consenso formado acerca da Cultura actual da Organização, procurou formar-se uma visão (inspirada na redefinição da Missão, Valores e Objectivos Estratégicos) acerca dos elementos críticos a valorizar numa perspectiva futura. Para tal, levou-se a cabo uma sessão de trabalho na qual foi, mais

² Este modelo foi tratado e validado para a realidade Portuguesa e a aplicação baseia-se num questionário que permite aferir o posicionamento da Organização face aos quatro quadrantes culturais. Os leitores interessados na obtenção do questionário poderão entrar em contacto com os autores do presente artigo.

uma vez, distribuído o mesmo questionário individual, mas desta vez com a finalidade de descrever os aspectos da Cultura Organizacional a desenvolver. Formada uma opinião individual sobre o que valorizar e premiar no futuro, foram lideradas várias sessões de trabalho com o objectivo de se chegar a um consenso sobre a Cultura Organizacional a desenvolver. O resultado desse consenso foi integrado no mesmo eixo, salientando a Cultura Organizacional desejada.

A vantagem da integração dos eixos da Cultura a desenvolver da Cultura actual é que permite desenhar o caminho crítico a seguir de modo a obviar as transformações necessárias. Assim, como pode verificar-se pela análise dos mesmos, há uma clara determinação, por parte da EGM, em estimular uma orientação para uma óptica de competitividade e posicionamento externo, privilegiando aspectos como a produtividade, o alto desempenho e o cumprimento de objectivos. Esta

perspectiva marca uma viragem face à Cultura existente na qual o princípio organizacional assentava no cumprimento das regras instituídas e no funcionamento regular da instituição. Além disso, há também uma intenção forte em estimular aspectos como a flexibilidade e autonomia através da impressão de um clima marcado pela vontade de inovar e aplicar novos conceitos e procedimentos. O entendimento da EGM foi de que os aspectos que representam a Cultura de Clã, tais como

a preocupação com as pessoas, o trabalho em equipa e a participação, deviam ser mantidas.

Fase 3 – descrição das acções e comportamentos a desenvolver

Com base na informação incorporada nos eixos da Cultura actual e a desenvolver, levou-se a cabo uma reunião de identificação das acções e comportamentos a incentivar/desincentivar e de interpretação do seu significado no contexto da nova visão para a Organização.

Figura 4:
Perspectiva dos outros

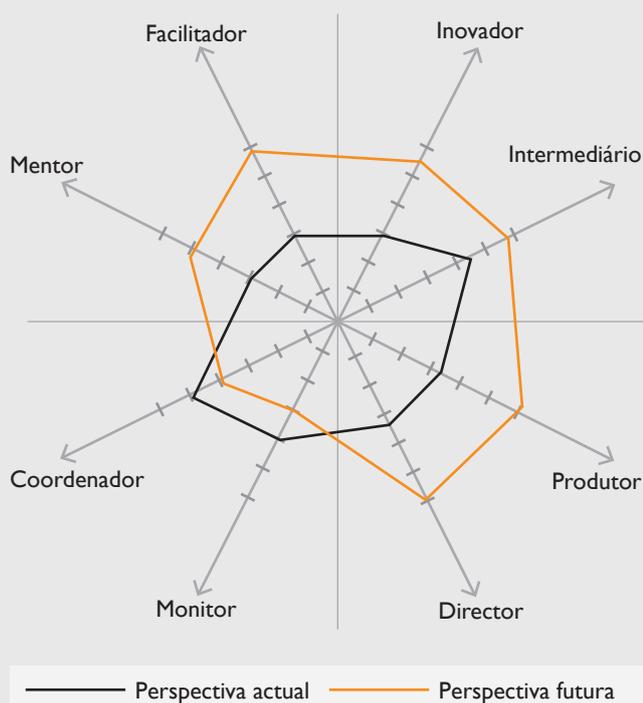
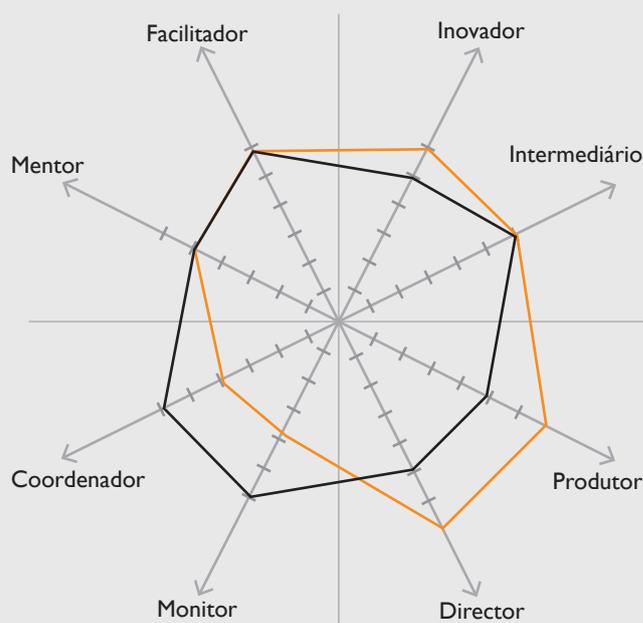


Figura 5:
Perspectiva pessoal



As conclusões obtidas por consenso, foram integradas numa matriz de análise que ajudou a clarificar quais as acções e comportamentos que deveriam ser estimulados ou descontinuados, de modo a alinhar a Organização com a nova concepção de Cultura pretendida.

Fase 4 – avaliação do estilo de liderança e de gestão

Completado o processo de diagnóstico da Cultura Organizacional, procedeu-se a uma avaliação do estilo de liderança e gestão do Administrador da Instituição. Para o efeito, foi disponibilizado um questionário, baseado no Modelo de Quinn³, (Quinn:1988) que foi entregue ao Administrador da Instituição com o objectivo de proceder à sua auto-avaliação e aos seus *directed reports* de modo a realizarem a avaliação do seu líder. Esta avaliação pressupôs a classificação da actuação do líder, numa escala de 1 a 7, atendendo a dois cenários: na perspectiva actual e na perspectiva futura.

À semelhança do que aconteceu do diagnóstico da Cultura Organizacional, a informação foi integrada num eixo representativo do estilo de liderança e gestão do Administrador.

De acordo com a avaliação

efectuada, quer na perspectiva pessoal quer na perspectiva dos outros, existem algumas linhas de consenso que vale a pena aprofundar: a primeira é a de que tem existido um *fit* entre as práticas de liderança e gestão e a Cultura Organizacional predominante. Observe-se que o quadrante com classificação mais alta em ambas as perspectivas é a Hierarquia, sendo que o estilo de liderança e gestão que tem caracterizado o Administrador aglutina as práticas associadas aos papéis de coordenação e monitorização. Igualmente consensual é o entendimento face aos comportamentos e práticas que devem nortear o posicionamento futuro do Administrador em termos de liderança e gestão. Quer a perspectiva pessoal, quer a perspectiva dos outros apontam para a necessidade de fortalecimento dos papéis de direcção e produção, deixando de ser tão exaustivas as actividades de coordenação e monitorização. Desta forma, espera-se que o Administrador seja capaz de, no novo enquadramento cultural da Organização, manter uma orientação clara para os resultados, fomentar e reconhecer o cumprimento dos objectivos definidos, definir áreas de res-

pensabilidade e desenvolver estratégias para a consecução dos objectivos definidos e clarificar prioridades de acção.

4. CONCLUSÃO

Mudar é, actualmente, uma condição indispensável para a renovação, continuidade e êxito das Organizações.

Todavia, pensar em encetar um processo de mudança sem levar em conta o conjunto de normas, valores e princípios que governam a Organização poderá comprometer o sucesso da intervenção e fazer deflagrar uma crise profunda.

O presente artigo procurou efectuar uma reflexão acerca da importância nevrálgica da Cultura Organizacional, bem como da necessidade de alinhamento entre esta e a evolução das Organizações. Além disso, apresentou-se um estudo de caso, através do qual se tentou explicar a operacionalização do processo de mudança cultural numa Organização de Saúde portuguesa.

Como foi referido, a Cultura Organizacional tem um impacto profundo nos processos de uma Organização, estando na base do sucesso ou insucesso alcançado (Neves: 2000). O próximo artigo do *Dossier Temático* irá centrar-se no vector

dos Processos de trabalho de uma Organização, descrevendo uma metodologia denominada *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA), que permite a sua análise e optimização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cameron, K., Quinn, R. (1999), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Addison-Wesley Series on Organizational Development, New York;
- Hofstede, G. (1991), *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, McGraw-Hill International (UK) Limited;
- Neves, J. (2000), *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*, Editora RH, Lisboa;
- Quinn, R. (1988), *Beyond Rational Management*, Jossey-Bass, San Francisco, California;
- Shein, E. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco, California;
- Shein, E. (1999), *The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense about Culture Change*, Jossey-Bass, San Francisco, California;
- Trice, H. e Beyer, J. (1993), *The Cultures of Work Organizations*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

³ Este modelo foi tratado e validado para a realidade Portuguesa e a aplicação baseia-se num questionário que permite aferir os vários estilos de liderança e gestão associados a cada um dos quadrantes da Cultura Organizacional). Os leitores interessados na obtenção do questionário poderão entrar em contacto com os autores do presente artigo.

Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os profissionais de saúde devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal. A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A 1ª Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos. Contou com a presença do senhor Bas-

tonário e do senhor Presidente da Secção Regional Sul da Ordem Médicos e teve o apoio expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita na altura uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal Professor Dr. João Westwood*. A Direcção então eleita teve como objectivo primário criar

as condições necessárias para que a Associação pudesse desenvolver na plenitude o seu objectivo primário que é “**ser um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal**”.

A seguir apresenta-se a lista actual dos Corpos Gerentes da Sociedade eleita já em 2007.

* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

Órgãos Sociais

Lista dos Corpos Gerentes da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente:

Dr. João Manuel Bispo Pereira

Primeiro Secretário:

Drª Maria Camila Tapadinhas

Segundo Secretário:

Dr. João José da Silva Furtado

DIRECÇÃO

Presidente:

Dr. Miguel Sousa Neves

Vice-Presidente:

Dr. Jorge Teixeira

Secretário-Geral:

Drª Ida Maria Negreiros

1.º Vogal:

Dr. José Manuel Almeida

2.º Vogal:

Drª Helena de Fátima Ventura Bugada

3.º Vogal:

Dr. José Luís Carreira Nunes

Tesoureiro:

Drª Maria da Graça Themudo Martins

CONSELHO FISCAL

Presidente:

Dr. Luís Almeida Santos

1.º Secretário:

Drª Maria da Conceição Godinho Lopes

2.º Secretário:

Dr. Miguel David Natal

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

Inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____ N.º Ordem dos Médicos _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

Observações _____
_____Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

Inscrição para Associado Agregado

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

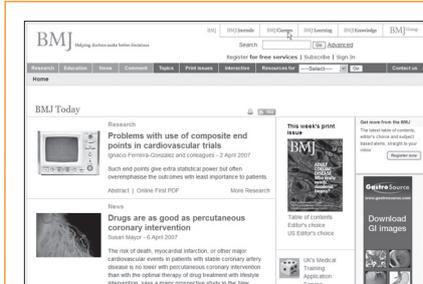
Observações _____
_____Assinatura _____

Data ____/____/____

Sites

Sugestões

www.bmj.com



O *British Medical Journal (BMJ)* tem como política editorial a publicação de material rigoroso, acessível e de entretenimento que ajudará médicos e estudantes de medicina na sua prática diária, formação contínua e desenvolvimento de carreiras. Quer também estar na linha da frente dos debates internacionais sobre a saúde. Para cumprir este objectivo publicam estudos científicos originais, artigos educacionais e de revisão e trabalhos que comentam factores clínicos, económicos, científicos, sociais que afectam a saúde em geral.

O site foi lançado em Maio 1995 e contém o texto na íntegra de todos os artigos publicados no *BMJ* desde Janeiro de 1995, para além de outro material que é exclusivo do site.

O público-alvo são médicos, estudantes, investigadores, outros profissionais de saúde, representantes da indústria farmacêutica, personalidades ligadas à política, imprensa e o público em geral.

A EFQM é a primeira organização, inteiramente europeia, que procura para além da Qualidade, fazer um esforço para se distinguir nos seus mercados e negócios. Com sede em Bruxelas, a EFQM tem acima de 700 membros, organizações e parceiros de valor situados em todas as partes do mundo. A EFQM é também a responsável pela criação do prestigiado Prémio de Qualidade Europeia, que reconhece as melhores empresas em cada ano.

www.efqm.org



www.apmcg.pt



A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral é a maior organização médica portuguesa, tendo como associados a quase totalidade dos médicos desta especialidade.

No seu site encontramos diversas informações relevantes para esta importante especialidade, que vão desde a constituição da Associação, passando pelos muitos eventos organizados e indicações sobre os diversos núcleos constituídos no âmbito da organização.

Edição electrónica do *Jornal Médico de Família*, órgão oficial da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Embora tenha como público-alvo os médicos de Clínica Geral, muitas vezes ultrapassa o seu âmbito e aborda temas relevantes a outras especialidades.

Distingue-se dos restantes meios de comunicação especializados por ser integralmente produzido por jornalistas profissionais e por ter um cariz marcadamente polémico e muitas vezes irónico, como atestam os seus "Cromos da Quinzena" onde (quase) ninguém é poupado às críticas.

www.jmfamilia.com



