

Implementação de Procedimento de Gestão de Não
Conformidades no âmbito de um Sistema de Gestão da
Qualidade pela EN ISO 9001:2008
Estudo de Caso de uma Clínica de Imagiologia

João Carlos Oliveira Krug Noronha

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Ana Isabel Príncipe dos Santos da Silva Lourenço

Professora Auxiliar da Faculdade de Economia e Gestão, Universidade Católica Portuguesa.

Co-orientadora:

Professora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento

Assistente do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,
ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa

Janeiro 2011

Implementação de Procedimento de Gestão de Não
Conformidades no âmbito de um Sistema de Gestão da
Qualidade pela EN ISO 9001:2008
Estudo de Caso de uma Clínica de Imagiologia

João Carlos Oliveira Krug Noronha

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Ana Isabel Príncipe dos Santos da Silva Lourenço

Professora Auxiliar da Faculdade de Economia e Gestão, Universidade Católica Portuguesa.

Co-orientadora:

Professora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento

Assistente do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,

ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa

Janeiro 2011

RESUMO:

Este estudo investiga quais são, na perspectiva dos colaboradores de uma clínica de Imagiologia e no âmbito do respectivo Sistema de Gestão de Qualidade, os factores condicionantes da implementação do Procedimento de Gestão de Não Conformidades.

O objectivo do projecto é conhecer e desenvolver o desenho do referido procedimento, concebido, de acordo com a Norma EN ISO 9001:2008, para detecção de produtos ou serviços não conformes e para melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade. Pretende ainda, mediante a recolha das percepções dos colaboradores da clínica, obter ganhos no seu envolvimento, aumentando, por um lado, a sua motivação para implementar o Sistema de Gestão da Qualidade e garantindo, por outro lado, o seu apoio ao processo de mudança organizacional em curso.

O método desta investigação foi um estudo de caso exploratório. A pesquisa bibliográfica relacionada com a Qualidade e implementação de Sistemas Gestão da Qualidade em organizações de Saúde resultou na identificação das seguintes dimensões referenciadas como condicionantes de operações idênticas em contextos semelhantes: Cultura organizacional e aprendizagem; Fiabilidade/Eficiência; Motivação/Aprendizagem; Liderança. O enquadramento teórico resultante constituiu a base conceptual sobre a qual incidiram os questionários aplicados, que avaliaram estas dimensões na Clínica. Complementarmente, realizou-se um *focus-group* que resultou na avaliação pelos colaboradores dos factores locais condicionantes da mudança em curso, os quais, identificando localmente as dimensões referenciadas na base conceptual, serviram de base para realizar o diagnóstico e projectar a intervenção futura.

Palavras-Chave: Cultura Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Sistemas de Gestão da Qualidade, Gestão de Serviços de Saúde

ABSTRACT

The aim of this work is to investigate the factors that, under the scope of the Quality Management System and according to the point of view of the staff of one radiology clinic, are determinants on the set up of their Non Conformity Management Procedures.

The project's objective is to know and develop the procedure's design which, in accordance to EN ISO 9001:2008 standards, aims to detect either non-conform products or services, and to proceed with continually developing the Quality Management Systems. Additionally, having chosen the clinic's staff perceptions as data collection object, this study aims on one hand to increase their involvement on the Quality Management System, and on the other hand to obtain their support to the process of organizational change in course.

The method used for this study was an exploratory case study. The bibliography research done, focused on Quality and on the implementation of Quality Management Systems in healthcare organizations, identified the following as the literature referenced dimensions involved in similar contexts: Organizational Culture and Learning; Reliability/Efficiency; Motivation/Learning; Leadership. These were the conceptual framework bases used on the inquiries, which by means of written questionnaires evaluated those dimensions throughout the clinic. Complementary to the referred questionnaires, one focus group was appointed. This initiative enabled its participants, all being members of the clinic's staff, to evaluate the existing local conditions along the process of change. These conditions, having identified in the clinic's context the same dimensions present in the conceptual framework, were paramount to diagnose the process of change and to project the intervention design in the future.

Keywords: Organizational Culture, Organizational Learning, Quality Management Systems, Healthcare Management Services.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	viii
ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
1. INTRODUÇÃO	12
2. QUADRO TEÓRICO	16
2.1. QUALIDADE	16
2.1.1. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	16
2.1.2. QUALIDADE: COMO DEFINIR	19
2.1.3. QUALIDADE TOTAL	22
2.1.4. QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2.1.5. MODELOS DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE	33
2.1.6. MODELOS DE MELHORIA DE DESEMPENHO	36
2.1.7. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE	37
2.2. FACILITADORES E INIBIDORES DOS SGQ	39
2.2.1. CULTURA	39
2.2.2. APRENDIZAGEM E CULTURA ORGANIZACIONAL	41
2.2.3. CULTURA E PERFORMANCE ORGANIZACIONAL	42
2.2.4. FIABILIDADE/COMUNICAÇÃO	49
2.2.5. MOTIVAÇÃO/APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL.....	61
2.2.6. LIDERANÇA.....	66

3. METODOLOGIA	72
3.1. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO.....	72
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	72
3.2.1. ACTIVIDADE ECONÓMICA	72
3.2.2. MISSÃO, VISÃO, VALORES, ESTRATÉGIA.	73
3.2.3. PRINCIPAIS MARCOS DA HISTÓRIA ORGANIZACIONAL.....	74
3.2.4. VALÊNCIAS DA ORGANIZAÇÃO	75
3.2.5. ENVOLVENTE ORGANIZACIONAL	75
3.2.6. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	77
3.3. CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	77
3.4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	79
3.4.1. QUESTIONÁRIOS.....	79
3.4.2. FOCUS GROUP	84
3.5. TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE DADOS	86
3.5.1. QUESTIONÁRIOS.....	86
3.5.2. FOCUS GROUP	86
4. RESULTADOS	87
4.1. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....	87
4.1.1. AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO.....	87
4.1.2. AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS EMPRESARIAIS.....	88
4.1.3. DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE EQUIPA	90
4.1.4 <i>COMMITMENT</i>	92
4.1.5. HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS	93

4.2. ANÁLISE FACE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES	94
4.2.1. FOCUS GROUP	94
4.2.2. ANÁLISE SWOT	96
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	99
5.1. QUESTIONÁRIOS.....	99
5.2. FOCUS GROUP	103
6. PROJECTO DE INTERVENÇÃO	107
7. CONCLUSÕES.....	116
ANEXOS.....	118
Anexo I: Envolvente Organizacional	118
Anexo II: Principais fornecedores da Clínica	119
Anexo III: Organograma Organizacional.....	120
Anexo IV: Relatório de Diagnóstico Inicial.....	121
Anexo V: Questionário de Avaliação dos Modelos de Gestão	126
Anexo VI: Questionário de avaliação dos Comportamentos Empresariais (a perspectiva pessoal).....	133
Anexo VII: Questionário de avaliação dos Comportamentos Empresariais (a perspectiva dos outros).....	139
Anexo VIII: Questionário de diagnóstico da Cultura de Equipa	144
Anexo IX: Questionário de avaliação do <i>Commitment</i>	151
Anexo X: Questionário de HRO	153
Anexo XI: Guião do <i>Focus Group</i>	156
Anexo XII: Formulário de Registo (modelo 10).....	158
Anexo XIII: Carta de diagnóstico geral	160

Anexo XIV: Diagnóstico ao Pressuposto de culpabilização pelos erros	161
Anexo XV: Diagnóstico ao déficit de Cultura de Reporting.....	162
Anexo XVI : Diagnóstico Pressuposto de Resistência à Mudança.....	163
Anexo XVII: Diagnóstico à Rede de Comunicação Interna Ineficiente	164
Anexo XVIII: Diagnóstico ao Déficit de Adesão ao PGNC	165
REFERÊNCIAS	166

AGRADECIMENTOS

À equipa da Clínica Dr. Krug de Noronha :

Aos técnicos de radiologia, pelo seu empenho e colaboração na resposta aos questionários.

Aos participantes no *focus group*, pela forma entusiástica como se envolveram no grupo.

Ao Dr. Carlos Krug de Noronha, que me acompanhou e apoiou nas fases mais nebulosas deste projecto.

Ao Zé e à Filipa pela ajuda com a formatação das imagens.

A todos os colaboradores da Clínica.

À orientadora deste trabalho, Professora Doutora Ana Príncipe Lourenço, pela competência científica e disponibilidade para acompanhar, sugerir, comentar, o que contribuiu para a focalização do trabalho nas questões de investigação.

À co-orientadora deste trabalho, Professora Generosa do Nascimento, pela competência científica, pela orientação essencial ao rumo e organização do trabalho e pelo reforço positivo em momentos chave desta caminhada.

Ao Orlando Lopes da Cunha pela clareza do feedback especialmente atendendo à hora tardia.

À Odete pelo apartamento de Lisboa, sempre à minha disposição.

À Maria João pela forma carinhosa como me acolheu na semana de retiro no Gerês.

Às minhas três meninas, que toleraram com abnegação e carinho as minhas muito variadas crises e as ausências.

À minha querida Sofia a quem devo ter chegado a esta fase do trabalho, pela força e apoio nos momentos certos.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Diferentes abordagens ao conceito de Qualidade	21
Tabela 2: 6 dimensões dos cuidados de Saúde requerendo melhoria	30
Tabela 3 Princípios de melhoria contínua da Qualidade.....	32
Tabela 4: Pressupostos da cultura dos operacionais.....	43
Tabela 5: Pressupostos da cultura dos engenheiros	45
Tabela 6: Pressupostos da cultura dos executivos.....	46
Tabela 7: Matriz interação/conexão das organizações	59
Tabela 8: Características dos modelos de gestão da CVF.....	69
Tabela 9: Características da amostra (questionários).....	80
Tabela 10: Características dos elementos do <i>Focus Group</i>	84
Tabela 11: Resultados da avaliação dos modelos de gestão na Clínica (escala 1-100)	87
Tabela 12: Avaliação dos comportamentos empresariais – perspectiva do líder (escala 1-7). 88	
Tabela 13: Avaliação dos comportamentos empresariais perspectiva dos subordinados (escala 1-7)	89
Tabela 14: Escala de correspondência valor/estilo	91
Tabela 15: Matriz de combinação	91
Tabela 16: Resultados dos questionários de avaliação do Commitment (escala 1-7).....	92
Tabela 17: Resultados ao inquérito de HRO na Clínica (escala 1-7).....	93
Tabela 18: Matriz de resultados do <i>Focus Group</i> (facilitadores/vantagens percebidas)..	94
Tabela 19: Matriz de resultados do <i>Focus Group</i> (dificuldades percebidas)	95
Tabela 20: Monitorização e controlo da fase 1 do projecto de intervenção.....	113
Tabela 21: Monitorização e controlo da fase 2 do projecto de intervenção.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Três perspectivas de desenvolvimento do produto ou do serviço	20
Figura 2: Ciclo da Qualidade	23
Figura 3: Ciclo de medição, avaliação e melhoria	25
Figura 4: Níveis de cultura	48
Figura 5: O ciclo de culpa	50
Figura 6: <i>Competing Values Framework</i>	68
Figura 7: Representação gráfica do perfil global da cultura na Clínica	88
Figura 8: Representação gráfica do papel do líder (auto/hetero-avaliação).....	89
Figura 9: Resultados do Diagnóstico da Cultura de Equipa (escala 1-9).....	90
Figura 10: Representação gráfica do <i>Commitment</i>	92
Figura 11: Representação gráfica dos resultados ao questionário HRO na Clínica.....	93
Figura 12: Matriz SWOT	97
Figura 13: Mapa estratégico da implementação do PGNC na Clínica.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE - Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

AO - Aprendizagem Organizacional

CA – *Commitment* Afectivo

CC – *Commitment* de Continuidade

CCR – Comprometimento com a Resiliência

CDA – Cultura de Aprendizagem

CEO – *Chief Executive Officer*

CF – Cultura Flexível

CJ – Cultura de Justiça

CN – *Commitment* Normativo

CR – Cultura de *Reporting*

CSGQ – Coordenador do Sistema de Gestão da Qualidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF - *Competing Values Framework*

DE – Deferência com a *Expertise*

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

HRO – *High Reliability Organization*

IGAS - Instituto de Gestão de Actividades da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

ISCTE – Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa

ISO – *Internacional Organization for Standardization*

JCHCO - *Joint Comission Accreditation Healthcare Organizations*

OM – Ordem dos Médicos

QI – *Quality Improvement*

PF – Preocupação com a Falha

PGNC – Procedimento de Gestão de Não Conformidades

RH – Recursos Humanos

RSI – Relutância para Simplificar Interpretações

SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sensibilidade às Operações

SWOT - *Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*

TQM – *Total Quality Management*

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de Saúde enquadra-se economicamente numa das actividades com expressão crescente no orçamento das sociedades actuais, o sector económico da Saúde. Folland *et al.* (2007) identificam um conjunto de factores que concorrem para a crescente afectação de recursos a esta actividade:

O aumento da esperança média de vida das populações associada ao aumento da incidência e prevalência das doenças crónicas.

A evolução científica e tecnológica impulsionadora do desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e tratamento de doenças.

As expectativas crescentes de populações mais informadas e exigentes em termos do seu acesso equitativo e abrangente aos cuidados de Saúde.

Consequentemente, num quadro de recursos limitados, o sector tem canalizado a atenção da comunidade académica, que procura adaptar a ciência económica às especificidades da Saúde, assistindo-se globalmente à reestruturação dos sistemas de cuidados.

Por um lado, a reforma em curso em Portugal nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) prevê o financiamento dos recursos necessários à actividade, de acordo com a avaliação de indicadores de produtividade e de Qualidade dos serviços. Neste contexto os Sistemas de Gestão da Qualidade, reconhecidos na indústria e nos serviços pelo valor acrescentado às organizações, são implementados de forma cada vez mais abrangente nas organizações de Saúde que procuram sustentabilidade na prestação de CSP.

Por outro lado, a conjuntura económica actual reacendeu um debate já antigo na Gestão: as empresas devem concentrar-se mais nos seus accionistas, nos seus clientes ou nos colaboradores?

A premissa de que o único objectivo de qualquer empresa deveria ser atingir o máximo de lucros para os seus accionistas foi defendida no artigo académico de gestão mais citado de todos os tempos (Jensen e Meckling, 1976) e tem condicionado a estratégia das empresas desde então. A obsessão com o enriquecimento dos accionistas foi recentemente questionada por Roger Martin, reitor da escola de gestão da Universidade de Toronto, que se junta a outras

vozes, ao refutarem a referida premissa, atribuindo-lhe responsabilidades pelo actual quadro de crise económica global.

Segundo refere Martin (2010), nas tendências de gestão actualmente mais consensuais, a estratégia baseada no enriquecimento dos accionistas cede lugar ao chamado capitalismo virado para os clientes, segundo o qual as empresas deverão focar-se na maximização da satisfação dos seus clientes. Outras propostas recentes sugerem uma abordagem mais colaborativa com os restantes stakeholders, incluindo os fornecedores e as instituições que formam os colaboradores, e não apenas centrada nos clientes. Estas abordagens procuram deslocar a focalização de uma gestão limitada ao curto prazo, para uma estratégia de gestão que garanta a sustentabilidade das empresas e o retorno do capital dos accionistas no médio/longo prazo. Esta nova abordagem apresenta-se, como a mais consensual das fórmulas, entre as várias correntes de *opinion-makers*, para correcção da estratégia de focalização dos gestores nos resultados de curto prazo, que na conjuntura económica decorrente da instabilidade global nos mercados financeiros iniciada com a “crise dos *sub-prime*” nos Estados Unidos da América (EUA), em alguns casos se revelou desastrosa para as organizações. A Qualidade, determinada e especificada pelos clientes e restantes stakeholders, enquadrada na perspectiva de obtenção de resultados no longo prazo, é um aspecto estratégico de crescente importância para as empresas, que a consolidam através da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ).

No sector dos serviços, as organizações prestadoras de cuidados de Saúde, possuidoras de algumas especificidades próprias, regem-se pela mesma lógica de sustentabilidade empresarial, abordando a Gestão numa perspectiva de Qualidade Total.

Segundo refere Spath (2009), a Qualidade não acontece por acaso. As organizações devem intencionalmente esforçar-se por medir, avaliar e melhorar o seu desempenho. Para tal não basta o empenhamento da gestão de topo e dos accionistas. Estes devem também criar uma metodologia centrada na realização de actividades de Qualidade e uma dinâmica que incentive e apoie a melhoria contínua.

Este projecto centra-se na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, norma EN ISO 9001–2008, na Clínica de Imagiologia Dr. Krug de Noronha, doravante referida como Clínica ou Organização. O foco da análise centra-se nas percepções dos colaboradores da Clínica

enquanto actores do processo de Gestão da Qualidade, sendo também a medida do seu sucesso. Segundo Mintzberg (2004), nas organizações pertencentes ao sector de actividade dos serviços de Saúde, o mecanismo de coordenação do trabalho é a standardização das qualificações e o ajustamento mútuo entre os profissionais. Assim, qualquer mudança organizacional, tal como a que está associada à implementação do referido SGQ, que se repercute nas rotinas de trabalho da linha da frente operacional, deverá envolver toda a organização, promovendo a motivação e adesão de todas as suas pessoas, sob pena de se repercutir negativamente na coordenação do trabalho. Sendo o investigador um membro da organização em análise associa-se ao interesse académico na realização deste trabalho, a sua motivação profissional, perspectivando-se a sua adesão ao projecto no âmbito das suas responsabilidades como Coordenador do Sistema de Qualidade (CSGQ).

O objectivo deste projecto é identificar as principais condicionantes da implementação do Procedimento de Gestão de Não Conformidades (PGNC) do referido SGQ.

As questões a que se procura dar resposta são:

1. Quais são, do ponto de vista dos colaboradores, os aspectos que dificultam a implementação do PGNC?
2. Quais são, do ponto de vista dos colaboradores, os aspectos que facilitam a implementação do PGNC?

Para responder a estas questões a investigação será estruturada da seguinte forma:

No capítulo 2 inclui-se a pesquisa à bibliografia existente no âmbito da temática em investigação, separando-se para o efeito duas etapas: a primeira etapa, centrada no tema da Gestão da Qualidade, procura avaliar a adequabilidade entre o referencial normativo do Sistema de Gestão da Qualidade em implementação na Clínica e os respectivos objectivos organizacionais, iniciando-se pela evolução e estado-da-arte da Qualidade e focalizando-se em seguida nas questões relacionadas com o sector dos serviços de Saúde; na segunda etapa a pesquisa orienta-se para os factores facilitadores e inibidores, comuns a processos de mudança como o que se pretende avaliar na Clínica.

O capítulo 3, dedicado à metodologia da investigação, para além do método e das técnicas de recolha e tratamento de dados inclui a caracterização da Organização.

O capítulo 4, dedicado à apresentação dos resultados, divide-se em duas partes: na primeira parte (Diagnóstico Organizacional) avalia-se a equipa dos técnicos de radiologia da Clínica objectivando medir nesta equipa da linha-da-frente, a incidência dos factores facilitadores e inibidores encontrados no capítulo 2; a segunda parte inclui os resultados do *focus group* os quais, em conjunto com os resultados do Diagnóstico Organizacional, servem de base à realização de uma análise *Strengths, Weakness, Opportunities, Threats* (SWOT), face à implementação em curso.

No capítulo 5 discutem-se os resultados encontrados no capítulo anterior.

No capítulo 6 desenha-se o projecto de intervenção objectivando-se planear acções dirigidas aos factores facilitadores inibidores, avaliados na análise SWOT, como críticos de sucesso na implementação do PGNC na Clínica.

O capítulo 7, referente às conclusões, contempla as limitações do estudo, as contribuições para a Gestão e conclui perspectivando o futuro.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1. QUALIDADE

2.1.1. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Seguir o movimento contemporâneo no sector produtivo na direcção da Qualidade, conduz-nos ao trabalho desenvolvido nos anos 20 do século passado por três homens na Western Electric Company em Cicero, Illinois. “...Walter Shewart, W. Edwards Deming, e Joseph Juran, aprenderam e aplicaram a ciência da melhoria da Qualidade às linhas de produção da companhia (American Society for Quality, 2008).” (...) Shewart após os resultados obtidos na redução do desperdício e aumento da qualidade dos produtos, ficou conhecido como “o pai do controlo estatístico da Qualidade”. Deming (1994) baseado nos conhecimentos de Shewart colocou ênfase na medição e controlo da variação dos processos, situando-os como elementos-chave da sua filosofia de Gestão da Qualidade:

- As organizações são um conjunto de processos relacionados em torno dum objectivo comum.
- O controlo da variação dos processos deve ser conhecido.
- A forma como as pessoas são motivadas e a dinâmica do trabalho em grupo devem ser conhecidas.

“...Na sequência da Segunda Grande Guerra Mundial, companhias Japonesas de produção industrial convidaram Deming para os ajudar a desenvolver a qualidade dos seus produtos (...) o que ao fim de alguns anos de parceria resultou na transformação de muitos produtos de baixa qualidade Japoneses em produtos *World – class*“ (Spath, 2009:14). De acordo com Spath (2009), citando Uselac (1993), Juran combinou a ciência da Qualidade com a sua aplicação prática, providenciando uma base referencial de ligação entre Finanças e Gestão.

Outro trabalho individual com impacto significativo nas práticas contemporâneas da Qualidade foi protagonizado por Kaoru Ishikawa, um engenheiro Japonês a quem Spath (2009) atribui responsabilidades na incorporação da ciência da Qualidade na cultura Japonesa. Ishikawa (1995) foi a primeira pessoa a realçar a importância do envolvimento de todos os membros da organização em oposição às práticas existentes de envolvimento exclusivo dos

colaboradores do nível funcional da gestão. Ishikawa fiel às suas crenças de que “...objectivos de Qualidade *top - down*, só podem ser atingidos através de métodos *bottom – up*” (...) introduziu o conceito de Círculos de Qualidade – grupos de 3–12 colaboradores da linha–da–frente que reuniam periodicamente para analisar e encontrar soluções para problemas relacionados com a produção” (Best e Neuhauser, 2008, citados por Spath, 2009).

No período do pós Segunda Guerra Mundial, o facto de a indústria estar sob considerável pressão dos mercados para atingir metas de produção elevadas, relegou a Qualidade para segundo plano (Spath, 2009).

Na década de 70 do século passado, executivos Americanos regressados duma viagem ao Japão promovida com objectivos de explorar modos de melhorar a Qualidade da sua produção industrial, descobriram as filosofias de Qualidade desenvolvidas por Deming, Juran e Ishikawa as quais, na sequência da elevada visibilidade atingida pela sua promoção nos media, impactaram na sociedade industrial Americana que as copiou e adaptou aos seus produtos. Como resultado de toda a divulgação pelos media, os anos 80, nos quais floresceram inúmeros Gurus da Qualidade, marcam o ponto de viragem para a disseminação global das ciências da Qualidade pelas indústrias de produtos e serviços (Spath, 2009).

Segundo Lopes e Capricho (2007:25) “...a problemática da Qualidade pode ser considerada como uma questão intemporal (...). Sendo a Qualidade um dos valores de referência dos seres humanos, está presente através da história da humanidade, projectando-se no seu futuro (...) começa na família, continua na escola, atravessa transversalmente todas as organizações e volta de novo à família, sendo no seio desta que em cada um de nós se reinicia o ciclo e se renova o conceito, reflectindo os novos valores, hábitos e modas da sociedade em que vivemos. (...) É neste contexto de interacção social que (...) emerge a designada cultura nacional (...) reforçando o papel da família, escola e da sociedade, na aculturação dos valores que condicionam as respostas dos indivíduos a problematizações específicas (...) como a postura de exigência, a procura de saber fazer bem, saber exigir e querer, continuamente, melhorar. Essa dinâmica social, reforça a importância da cultura nacional como geradora dos sistemas de valores que constituem as bases para a implementação, ao nível das empresas e outras organizações sociais, de processos de Qualidade, que sendo sustentadas

transversalmente pelos diversos níveis sociais, (...) irão permitir que as sociedades evoluam de forma sustentada para verdadeiros ambientes de Qualidade e progresso”.

A evolução do conceito de Qualidade esteve na origem da implementação e desenvolvimento na sociedade Japonesa do Sistema da Qualidade Total actualmente conhecido por Total Quality Management (TQM). A evolução para a TQM, foi acompanhada na Europa pela realização de experiências como a implementação dos “Círculos de Qualidade”, conforme já anteriormente referido neste texto desenvolvidos por Ishikawa, que enquanto “círculos de aprendizagem”, apoiam as empresas no caminho do sucesso, sustentando-o no tempo. Desta forma surgiu na Europa, especialmente nos meios empresariais, uma abordagem que, integrando sistemas de educação e formação, fez evoluir a Aprendizagem Organizacional (AO) para uma nova visão, actualmente presente na maioria das organizações Europeias, a qual motiva igualmente inúmeras resistências.

Na perspectiva de Lopes e Capricho (2007:26), a questão central “...prende-se com o papel da qualidade como motor de um processo de mudança que nos conduza à aprendizagem permanente e à melhoria contínua dos saberes nas organizações empresariais, de forma a que os seus valores se instalem ao longo de toda a cadeia de valor e a transformem numa “cadeia de Qualidade”, onde a mudança e a aprendizagem interagem permanentemente, permitindo a emergência da aprendizagem organizacional (AO).”

De acordo com Lopes e Capricho (2007:26) “...O problema central das nossas sociedades poderia ser formulado a partir da questão seguinte: Será que o conceito de qualidade, ao constituir-se como núcleo da cultura e dos valores das organizações, permitiria mobilizar a empresa como um todo e dar sentido à mudança em nome de uma causa que, sendo organizacional, é também das pessoas?” Para estes autores a resposta pode ser afirmativa “...devido às potencialidade que o conceito encerra como pedra angular da produção de uma verdadeira causa comum, facilmente compreendida e aceite pela gestão, pelos colaboradores, pelos clientes ou ainda pelos restantes actores pertinentes do todo organizacional.” (...) O conceito de Qualidade “...ao constituir-se como núcleo da cultura e dos valores das organizações, pode mobilizar a empresa em torno de pressupostos partilhados” (Lopes e Capricho, 2007:26). Segundo Schein (2009), são esses pressupostos, condicionantes das opções das pessoas por valores comuns e aceites como auto representativos para cada

indivíduo, que conferem um sentido à mudança em nome duma causa, que sendo organizacional, é também das pessoas. De igual modo, os modelos de TQM, fornecem um conjunto de práticas e métodos que sendo aplicáveis em todos os níveis de gestão, permitem “...institucionalizar o feedback e a avaliação, de forma permanente e integrada, ao longo de todo o ciclo de actividade da organização” (Lopes e Capricho, 2007:26).

Noutra perspectiva mais pragmática, Ishikawa (1995:93), sugere como forma das organizações progredirem no desenvolvimento da sua Qualidade, “...a procura da melhoria das rotinas organizacionais através da aplicação de heurísticas e técnicas de resolução de problemas...” A TQM, neste contexto, é percebida como um marco importante para analisar a AO, permitindo melhor compreender o seu papel e impacto na melhoria da Qualidade da organização.

Segundo Lopes e Capricho (2007), existem entre os autores que se dedicam ao estudo e implementação de Sistemas de Qualidade duas abordagens que, embora complementares, diferem na focalização: uma, mais pragmática, foca-se nas questões organizacionais; outra, mais teórica, incide nas questões filosóficas da Gestão da Qualidade e no seu impacto a nível institucional. O risco, alertam os autores, é o de ao centrar nas questões organizacionais, descurando as de nível institucional, não se atingir a mudança ao nível mais profundo, o da cultura, onde os valores da Qualidade possuem o potencial de, como alicerces do sistema, institucionalizarem a mudança, alargando de uma forma sustentável a Qualidade Total a toda a organização.

Síntese da secção: a evolução da Qualidade conduziu esta ciência ao estado-da-arte, em que a Gestão pela Qualidade Total é a referência global.

2.1.2. QUALIDADE: COMO DEFINIR

A afirmação de Spath (2009:3) “*Like beauty, quality exists in the eye of the beholder*” enfatiza o carácter subjectivo e evolutivo da percepção individual de um produto ou serviço como “de Qualidade”. Segundo o referido autor essa percepção varia conforme o referido produto ou serviço fica aquém, atinge ou supera as expectativas de quem avalia. Como as expectativas podem mudar, a Qualidade deve evoluir continuamente.

Pires (2007), embora não negligenciando a subjectividade e consequente multiplicidade de definições do conceito de Qualidade, defende que a ideia da Qualidade ser impossível de mensurar não passa de um mito.

...“Embora reconhecendo que a qualidade tem uma componente subjectiva, por vezes difícil ou mesmo impossível de medir com precisão, do ponto de vista do controlo da qualidade, da garantia da qualidade ou da gestão da qualidade, a qualidade necessita de ser objectivada e quantificada de forma a ser mensurável (...) Mesmo as características subjectivas devem na medida do possível ter alguma forma de medição (ou comparação) ” (Pires, 2007:20). Segundo Lopes e Capricho (2007), para que o conceito não se torne tão vasto e impreciso que não possa ser medido, é necessário definir objectivamente o que é a Qualidade para cada caso concreto. As dificuldades encontradas na sua definição são, por um lado, inerentes ao facto de se tentar definir em poucas palavras algo de complexo e multifacetado. Por outro lado, são consequência da existência de liberdade de, entre caminhos distintos, cada organização escolher o mais adequado ao alcance da Qualidade, ou mesmo da Excelência organizacional.

Existem pois, uma diversidade de definições, sem no entanto existir qualquer incoerência entre elas. Segundo Santos e Teixeira (2009), deve contextualizar-se cada definição como complementar às outras. Estes autores, encontram nas definições habituais de Qualidade, uma ênfase em uma de três perspectivas de desenvolvimento do produto ou do serviço, isto é, processo, resultado ou consequências, conforme esquematizado na figura 1.

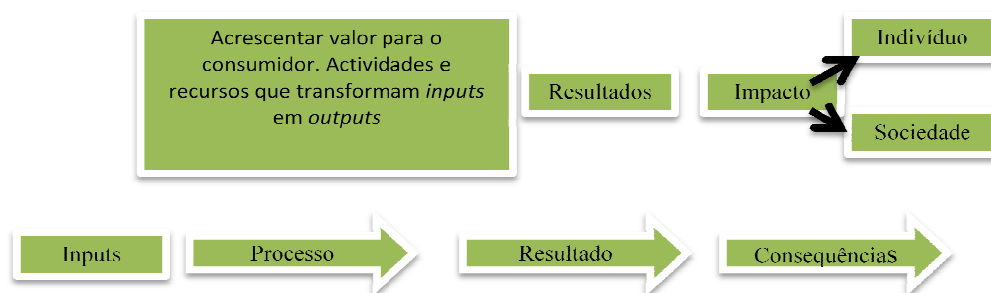


Figura 1: Três perspectivas de desenvolvimento do produto ou do serviço

Fonte: Santos e Teixeira (2009)

Santos e Teixeira (2009) assinalam existir consenso entre os especialistas, segundo os quais qualquer produto ou serviço é criado por uma sequência de acontecimentos, que se inicia pela

utilização de recursos que são aplicados pelas pessoas na conversão de uma mistura de *inputs* em outra mistura de *outputs*.

Na perspectiva de Juran (1997) o alargamento da definição do conceito de Qualidade teve a sua origem numa mudança profunda que a Qualidade sofreu e cuja crise a fez renascer com um significado superior. Para este autor o conceito Qualidade integrou todos os requisitos orientados para as necessidades dos clientes, da cortesia no atendimento à durabilidade. Esta evolução elevou o conceito de Qualidade, que deixou de ser percebida como um problema tecnológico, passando para o nível estratégico do negócio, envolvendo na sua resolução a gestão de topo organizacional.

Ishikawa (1995) defende, relativamente ao conceito de Qualidade, existir subjectividade em cada fabricante e em cada consumidor, quanto à compreensão das características essenciais passíveis de expressar a Qualidade.

Citado por Slack *et al.* (1999), Garvin (1984) - autor para quem o significado da Qualidade varia na medida da sua abordagem conceptual - distinguiu cinco abordagens distintas ao conceito da Qualidade, que se encontram representadas na tabela 1.

Abordagens	Significados da Qualidade
Transcendental	Sinónimo de excelência
Baseada na produção	Fabricar produtos e/ou produtos isentos de erros
Baseada no uso	Fazer produtos e/ou serviços adequados ao seu propósito
Baseada no produto	Fazer produtos cujas características mensuráveis correspondam aos requisitos para satisfazer o consumidor
Baseada no valor	Qualidade percebida em função da relação custo preço

Tabela 1: Diferentes abordagens ao conceito de Qualidade

Fonte: Garvin (1984)

Síntese da secção: a multiplicidade de definições do conceito de Qualidade decorre da dificuldade de caracterizar algo que, dependendo da perspectiva individual, é altamente

complexo e multifacetado. Relevante para o presente estudo é a liberdade de escolha entre abordagens ao tema da Qualidade, e a preocupação pela focalização na melhoria dos produtos e serviços conforme avaliação dos seus utilizadores.

2.1.3. QUALIDADE TOTAL

Sendo a Qualidade Total a abordagem da Qualidade actualmente mais referida pela generalidade dos interessados em SGQ, importa nesta fase caracterizá-la, enquadrando deste modo o presente estudo no estado-da-arte.

Todas as empresas justificam a sua existência na constatação de que há necessidades por satisfazer, ou não totalmente satisfeitas, em potenciais consumidores.

Segundo Pires (2007), fornecer produtos com Qualidade, isto é, eficazes na satisfação das necessidades dos consumidores, sendo uma função intrínseca da empresa, pode-se considerar uma função social da empresa. A Qualidade, avaliada nesta perspectiva como a razão de ser da empresa, não é uma função de alguém em particular, mas de todas as pessoas da empresa. Significa isto por um lado, que muitas pessoas e funções da empresa influenciam a Qualidade (concepção, aprovisionamento, produção...), e por outro lado, que a percepção de Qualidade do consumidor depende de muitos factores (prazos de entrega, embalagem, assistência...). Finalmente na perspectiva funcional de fluxo de trabalho, a própria empresa é um conjunto de departamentos que prestam serviços uns aos outros.

Para garantir a presença da Qualidade em todo o ciclo do produto ou serviço envolvendo todas as pessoas, importa que se crie uma cultura organizacional favorável e incentivadora. Como refere Pires (2007:46), ...“A cultura é um conjunto indissociável de dois sistemas nunca totalmente integrados, isto é, o sistema de crenças e valores e o sistema de normas e vivências...”.

Em cada organização existem vários sistemas de crenças e valores, o que implica a existência de várias culturas paralelas. A Qualidade Total pode-se perspectivar como a cultura dentro da organização que permite fornecer produtos ou serviços eficazes na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes.

“...O Sistema de Gestão da Qualidade ao definir nomeadamente a política e os objectivos, as responsabilidades, os canais de comunicação e as acções de seguimento, virá a construir a

base essencial do sistema de normas de relacionamento.” (...) “...A opção pela institucionalização de um sistema de valores da Qualidade Total, tem como consequência, a alteração da dinâmica de trabalho e de resolução de problemas, favorecendo o trabalho pluridisciplinar e de equipa assim como o relacionamento inter-pessoal” (Pires, 2007:46).

Conforme já mencionado, Pires (2007) considerando um mito a convicção de que a Qualidade, sendo caracterizada por elevado grau de subjectividade, é impossível de medir, alerta para as implicações dessa visão na perda de grande parte do seu significado, por inexistência de sentido na procura da melhor forma de obter algo de subjectivo. Contrapõe a essa concepção, o ‘ciclo da Qualidade’ representado na figura 2. Na sua perspectiva, a Qualidade começa exactamente na sua correcta definição, a qual, sustenta, contem alguns aspectos subjectivos.



Figura 2: Ciclo da Qualidade

Fonte: Pires (2007)

Neste contexto de elevada subjectividade, os indivíduos são o elemento comum entre as diversas definições, servindo de interligação entre as variadas perspectivas. Perspectivar a experiência dos indivíduos sobre os resultados permite que se meçam as consequências. É

também na sua perspectiva que se estabelecem os requisitos, sendo estes também construídos à sua imagem. Finalmente são os indivíduos que, actuando normalmente em grupos nas organizações, são os principais actores na realização dos processos.

Por outro lado Lopes e Capricho (2007) referem que existe consenso entre os mais conhecidos investigadores na definição do conceito de Qualidade Total, que o enquadram como uma filosofia de gestão, e assumem que nas várias perspectivas, a Qualidade se centra no cliente e nas suas necessidades.

Síntese da secção: a Gestão pela Qualidade Total pelo elevado grau de abrangência que lhe é característica é a abordagem mais adequada em processos de mudança como o do presente estudo. A importância conferida ao indivíduo em todas as fases do Ciclo da Qualidade (Pires, 2007) justifica escolha da perspectiva dos colaboradores como forma de avaliar as questões em análise no presente estudo.

2.1.4. QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Spath (2009) defende que a Qualidade não surge espontaneamente. Para atingi-la, é necessário que se implemente um processo sistemático de avaliação/melhoria. Este processo é conhecido pelo nome de Gestão da Qualidade. Na sua perspectiva, é esta uma das formas das empresas continuamente desenvolverem os seus produtos e serviços, procurando atingir melhorias de performance.

Segundo a American Society for Quality (2008), o objectivo da Gestão da Qualidade nas empresas é atingir o máximo de satisfação dos clientes a um custo mínimo para a organização, procurando continuamente melhorar o processo. Para atingir esse objectivo a Gestão da Qualidade deve envolver três actividades, Medição, Avaliação e Melhoria. Estas actividades primárias são partes estreitamente relacionadas de um ciclo, que Spath (2009) inclui na actividade das organizações de Saúde. Estas recolhem dados relativos à Qualidade dos cuidados e das funções de apoio; na fase seguinte, a de avaliação, comparam os dados obtidos com as expectativas de desempenho. Se estas forem alcançadas prosseguem com as medições; se as expectativas não forem alcançadas, passam à fase seguinte, a da melhoria, na qual analisam as causas para o *gap* de desempenho e em face dos resultados da análise implementam alterações. Este ciclo de actividades não se detém nesta fase; pelo contrário, as

organizações de Saúde continuam a medir o seu desempenho (figura 3).



Figura 3: Ciclo de medição, avaliação e melhoria

Fonte: Spath (2009)

Spath (2009:103) refere que “...*Performance improvement is the last phase of quality management*”, isto é, enfrentar o desafio de desenvolver a Qualidade em Saúde requer que cada organização continuamente meça, analise e melhore o seu desempenho.

Conforme já esquematizado na figura. 3, a fase de melhoria segue-se à da avaliação do desempenho. Uma vez implementadas as melhorias, este ciclo de Gestão da Qualidade recomeça novamente, isto é, os resultados das alterações aos processos são medidos e analisados tentando-se avaliar se resolveram o problema de desempenho detectado.

Assim sendo, em cada problema de desempenho existe uma oportunidade de melhoria, que deverá por sua vez desencadear um projecto de melhoria. Este deve, de acordo com o autor, ser sistemático. A sistematização, para além de contribuir para a resolução dos problemas, promove novos hábitos nas pessoas, o que ajuda a organização a desenvolver a sua actividade de forma mais suave e eficaz.

Spath (2009) caracteriza o conceito de Gestão da Qualidade como intemporal. Objectivando a sustentabilidade nos negócios, tanto as indústrias produtivas como as de serviços desde há muito procuram melhores formas de atingir as expectativas dos clientes. Encontrar novos e melhores métodos de cuidar dos pacientes foi sempre uma prioridade no sector dos serviços de Saúde. Apesar do objectivo comum – produtos e serviços de Qualidade – os métodos de obter evoluíram na Saúde de forma diferente comparativamente com a indústria produtiva e dos outros serviços que aplicaram mais precocemente os conhecimentos desenvolvidos por Deming e Juran, relativamente ao controlo estatístico da Qualidade e à melhoria contínua. Consequentemente os princípios e os métodos que orientam os esforços de evolução da Qualidade na Saúde desenvolveram-se a um ritmo diferente. Segundo Merry (2003) citado por Spath (2009), até 1970 a filosofia fundamental da gestão de serviços de Saúde era baseada em conceitos pré revolução industrial: treinar os artesãos (médicos, enfermeiros, técnicos, etc.) licenciá-los ou certificá-los, proporcionar-lhes uma estrutura adequada (instalações, equipamentos, etc.) e deixá-los prestar serviços de Saúde. Spath (2009) refere que a revolução da qualidade que afectou as outras indústrias nos anos 80, também afectou os serviços de Saúde. A *Joint Commission Accreditation Standards*, acrescentou por essa altura uma garantia de Qualidade de conceptualização geral baseada no trabalho de Denning e Juran. Entre 1980 e 1990 a Gestão da Qualidade dos serviços de Saúde foi gradualmente sendo influenciada pelos conceitos de melhoria contínua e controlo estatístico de Qualidade originariamente desenvolvidos na indústria produtiva. Gradualmente o sector dos serviços de Saúde está a alcançar os desenvolvimentos atingidos noutras áreas, aplicando as melhores práticas de Gestão da Qualidade.

Importa igualmente realçar que algumas das técnicas de melhoria da qualidade ou *Quality Improvement* (QI) empregues na indústria produtiva não são aplicáveis nos serviços de Saúde. De acordo com Spath (2009) isso deve-se ao facto da indústria produtiva lidar com máquinas e processos desenvolvidos para serem meticulosamente medidos e controlados, enquanto no centro dos serviços de Saúde estão os pacientes, pessoas cujos comportamentos e condições não são constantes. Estes factores, comparativamente com a indústria produtiva, introduzem um grau de imprevisibilidade que embora comum ao sector de actividade dos serviços, tem na Saúde uma diferente expressão e valorização, em consequência dos resultados dos serviços de

Saúde condicionarem a vida e a morte o grau de autonomia e qualidade de vida dos seus utentes, o que obriga os prestadores de serviços de Saúde a enfrentar desafios específicos.

De acordo com Sitkin *et al.* (1994), as questões-chave para o sucesso dos programas de QI relacionam-se com o grau pelo qual as organizações e a sua tecnologia equilibram dois tipos distintos de abordagem dos programas de desenvolvimento da Qualidade:

- Orientação para o controlo – esta abordagem põe ênfase num processo de alimentação do sistema de informação (*feedback loop*) centrado nos registos estatísticos de standards de performance, medindo a variação dos processos e sistemas, com o objectivo da correcção das variações consideradas negativas para a performance através da alteração desses mesmos processos e sistemas. Esta abordagem à QI é mais adequada quando se tratam de tarefas de elevada repetição nas quais exista claramente uma rotina e quando as relações de causa – efeito sejam facilmente reconhecidas.
- Orientação para a aprendizagem contínua – esta abordagem à QI põe ênfase na exploração de novas soluções para situações consideradas não recorrentes ou emergentes. Realça a contribuição de múltiplos intervenientes na organização, nos canais de comunicação lateral e na liberdade de experimentar e errar. Em condições de elevada incerteza, esta abordagem à QI põe ênfase na capacidade de aprendizagem e adaptação à instabilidade das situações.

Os programas de QI surgiram nos Estados Unidos da América (EUA) nos últimos anos como resposta à necessidade de face a recursos escassos, conter os custos financeiros sem comprometer a Qualidade dos serviços prestados (Casalou, 1990; King, 1990). A QI difere dos tradicionais métodos de manutenção da Qualidade, pela sua ênfase central em compreender e melhorar os processos e sistema de trabalho no sentido da criação de valor, em detrimento duma abordagem mais convencional centrada na correcção dos erros individuais após a sua ocorrência. Estes programas de QI são recomendados actualmente pela maioria dos organismos de acreditação hospitalar como por exemplo a *Joint Commission Accreditation Healthcare Organizations* (JCHCO) (Koska, 1991; Larson, 1990).

Importa notar que as considerações de Sitkin *et al.* (1994) não implicam que num contexto de incerteza, as organizações para serem eficazes na QI devam optar por um só tipo de abordagem. De acordo com Alexander *et al.* (2006), para quem os dois tipos de abordagem

podem coexistir nas organizações, é o peso relativo dum ou de outro e sua aplicação em situações específicas, que determina a eficácia dos programas. Referem como exemplo o caso dos hospitais, os quais, atendendo ao elevado grau de incerteza, desde logo proveniente da multiplicidade de condições dos doentes que recebem, e decorrente da tipologia de cuidados necessários a cada doente e da dificuldade em estabelecer relações de causa - efeito, seriam candidatos óbvios ao tipo de orientação para a aprendizagem contínua. Mas, atendendo a que esses mesmos hospitais têm como missão salvar vidas humanas e curar doenças, não se podem dar ao luxo, como outros tipos de organizações, de cometer demasiados erros para aprender. Por outro lado, a prestação de cuidados de Saúde não é uma actividade que se encontre sob o controle directo da organização que implementa QI. Contrariamente às organizações do sector produtivo de carácter mais mecanicista onde a coordenação tem base na estandardização dos processos e na estandardização dos resultados, a coordenação do trabalho numa hierarquia profissional, como por exemplo uma organização de Saúde, é efectuada através da estandardização das qualificações e pelo ajustamento mútuo (Mintzberg, 2004), o que coloca dificuldades extra ao tipo de abordagem orientada para o controlo.

Segundo Donabedian (1996), uma organização de serviços de Saúde “deve-se enquadrar na perspectiva da sua cultura ou culturas nas quais a certificação de Qualidade deve encaixar, ou que se deve modificar de forma a dar espaço ao florescer duma nova cultura adequada pela Qualidade. Neste contexto importa olhar o sector da Saúde como um sistema de interacções sociais em que o exemplo, a aprovação e o apoio de figuras de significante relevo, lideram e modelam os comportamentos. É então a esta constelação de trocas sociais que se deve adequar e conectar a Qualidade”. Complementarmente, o sector da Saúde está imbuído de um considerável racionalismo, que se encontra enraizado nas regras do conhecimento e informação através das quais a Qualidade pode e deve funcionar. Outra racionalidade do sector prende-se com as questões de desenvolvimento pessoal, profissional na procura de vantagens económicas, sociais e profissionais dos seus actores, sendo por aqui também que segundo Donabedian (1996), a Qualidade pode impor-se, contribuindo para esses objectivos ou, no mínimo, não os pondo em cheque.

As especificidades associadas à actividade na Saúde implicam a existência de uma problemática própria associada à Qualidade nos serviços. Spath (2009) defende que “existem na Saúde dois grupos a que correspondem duas perspectivas distintas da questão da

Qualidade”. Refere-se respectivamente aos consumidores e aos prestadores de serviços de Saúde. O primeiro grupo, constituído por consumidores individuais utentes dos serviços de Saúde ou pelos seus financiadores, esperam que os prestadores forneçam serviços que vão ao encontro das suas necessidades e dos quais retirem benefícios, a um custo que avaliam na medida do valor acrescentado, como razoável ou não. Na perspectiva do referido autor, o valor representa a conexão entre o custo e a Qualidade. Assim sendo, este grupo percepção a Qualidade em termos de custo-benefício. O segundo grupo, constituído por indivíduos ou organizações que fornecem serviços de Saúde, para além de se preocupar com os atributos importantes e já descritos para os consumidores, preocupa-se com os aspectos da responsabilidade médico-legal, isto é, com o risco de que consumidores insatisfeitos os processem judicialmente. Spath (2009) identifica o conceito de medicina defensiva relacionando-a com serviços de Saúde prioritariamente concebidos pelos prestadores para se protegerem dos riscos inerentes a potenciais processos judiciais por má prática, independentemente da sua justificação clínica.

Seguindo as orientações de Donabedian (1996) e Spath (2009), consensuais na visão de estrito relacionamento entre a prestação de um serviço de Qualidade e o respectivo enquadramento nas especificidades intrínsecas ao sector Saúde, importa nesta fase seleccionar a definição de Qualidade de cuidados de Saúde que melhor os enquadre na sua problemática específica. Assim segundo o *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA: “Qualidade dos cuidados é o grau segundo o qual, os serviços de Saúde destinados aos indivíduos e às populações, aumentam a probabilidade de atingir os resultados de Saúde desejados, e são consistentes com o conhecimento profissional actualizado” (IOM, 2001). No seu relatório o comité da Qualidade dos Serviços de Saúde do IOM, identificou nos serviços de Saúde Americanos, as seis dimensões da Qualidade que requerem melhoria, as quais se encontram expressas na tabela 2.

1. Segurança – os cuidados concebidos para ajudar os pacientes não lhes devem causar danos.
2. Eficácia – os cuidados devem basear-se em conhecimentos científicos e devem ser aplicados em quem possa deles beneficiar. Quer o uso precário quer o uso excessivo de cuidados deverão ser evitados.
3. Focalizações no Paciente – os cuidados devem respeitar e responder às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes. Todas as decisões clínicas devem orientar-se segundo os valores dos pacientes.
4. Tempo útil – os cuidados devem ser prestados atempadamente, quando os pacientes deles necessitam.
5. Eficiência – o desperdício de equipamentos, produtos, ideias e energia deve ser evitado.
6. Equidade – o melhor nível possível de cuidados prestados a todos os indivíduos, independentemente da sua idade, raça, género, estatuto financeiro, ou qualquer outra variável demográfica.

Tabela 2: 6 dimensões dos cuidados de Saúde requerendo melhoria

Fonte: IOM (2001)

Segundo um texto da *World Health Organization* (WHO) concebido para orientação dos serviços e sistemas de Saúde Europeus na implementação de programas de melhoria da Qualidade, o desenvolvimento destes programas deve-se reger por algumas regras fundamentais (WHO 2008):

- Segurança do serviço: prestar um serviço que não cause danos ao paciente e ao profissional e que contribua para a confiança da população em geral (acrescenta ao documento do IOM a questão da segurança do profissional de saúde, realçando também a importância da comunicação externa dum conjunto de valores de segurança e respectiva relação com a percepção de serviços confiáveis pela população dos seus potenciais utilizadores).
- Qualidade do serviço: organizar os recursos existentes da forma mais eficiente possível, adequando-os com segurança às necessidades mais importantes, evitando desperdícios e

agindo de acordo com os requisitos legais e regulamentais (acrescenta ao documento do IOM ênfase na integração dos custos de oportunidade na avaliação da Eficiência - incluídos no conceito de Tempo Útil no documento do IOM).

- Qualidade do sistema: garantir o acesso e coordenação entre diferentes serviços combinando-os da forma que efectivamente promova a Qualidade de serviço aos pacientes durante um episódio de doença aumentando assim a Saúde populacional (acrescenta ao documento do IOM a importância da organização do trajecto multidisciplinar dos pacientes na perspectiva da sua integração em serviços de Saúde que se complementam).
- Política de Qualidade: princípios e expectativas gerais que regulem a acção numa óptica de Qualidade do serviço e do sistema (acrescenta ao conceito de equidade do acesso aos serviços de Saúde conforme está definida no documento do IOM, a percepção da equidade como consequência de princípios e expectativas politicamente generalizadas).
- Estratégia de Qualidade: acções coordenadas entre os governos e os outros que através dos tempos criem as melhores condições para que as organizações prestadoras de serviços de Saúde desenvolvam a Qualidade dos seus serviços (acrescenta ao documento do IOM ênfase na globalização da Qualidade dos serviços de Saúde objectivada através da partilha inter-governamental e inter-institucional do mesmo conjunto de regras e códigos de valores que incentivem prestações de Excelência).

De acordo com o documento Europeu a estratégia de Qualidade deve promover através dos sistemas de Saúde, princípios de melhoria contínua da Qualidade concretizáveis através de atitudes e acções conforme esquematizado na tabela 3 na página seguinte deste texto.

PRINCÍPIO	ACÇÃO
Multiple stakeholders approach	Focalização no paciente: as acções e as alterações devem ser aferidas quanto aos efeitos obtidos em termos de redução do sofrimento e aceitabilidade pelos pacientes (conceito comum a IOM 2001).
	Responsabilidade partilhada: no objectivo da segurança e da melhoria contínua da Qualidade, com cada grupo de <i>Stakeholders</i> , tais como, pacientes e suas famílias, prestadores, prescritores e financiadores, entidades de supervisão e regulação, colégios profissionais, a contribuir com responsabilidades específicas.
Referenciação em evidências	Acção com base em factos: factos colhidos localmente usados para priorizar as questões a trabalhar e verificar os resultados de mudanças e alterações (aconselhado o uso de gráficos).
	Emprego de conhecimento de eficácia: as melhorias são mais efectivas quando se empregam métodos e políticas de que existam provas reconhecidas de eficácia em outras organizações.
Aplicação sistémica à situação local	Aplicação local: empregar alterações eficazes noutras organizações mas adaptadas à realidade das características locais.
Mudança organizacional e de atitude	Monitorização sistémica da mudança com métodos simples: usar os factos para planear as acções, introduzir as acções, verificar os resultados e usar os achados para planear acções futuras.
	Mudança organizacional e de sistema: os desenvolvimentos mais importantes envolvem alterações nos procedimentos e na forma como os cuidados são organizados. Pedir às pessoas para se esforçarem mais e terem mais cuidado é importante mas por si só não funciona.
	Mudança cultural e de atitude: a melhoria contínua exige dos prestadores que estes ponham os pacientes em primeiro lugar assim como um ambiente organizacional que promova cuidados de Qualidade. As mudanças de atitude e culturais para serem implementadas requerem tempo, liderança assim como outras acções coordenadas (acrescenta a IOM 2001 detalhe na caracterização das directrizes responsáveis pela Eficácia).

Tabela 3 Princípios de melhoria contínua da Qualidade

Fonte: WHO (2008)

Ao desafio lançado em 2001 pelo relatório do IOM, onde se identificam as seis dimensões do sistema de Saúde Americano que requerem atenção e desenvolvimento, junta-se este guia (WHO 2008), mais adequado ao contexto das organizações de Saúde Europeias. Ambos os documentos contribuem para elevar o grau de desafio das organizações de Saúde, proporcionando-lhes as bases para definirem Qualidade na Saúde, e constituindo ainda uma estratégia amplamente aceite na construção de uma cultura de Qualidade Total.

Síntese da secção: conhecer as especificidades do sector da Saúde serve de orientação ao presente estudo para que no âmbito da sua intervenção se distingam na Clínica quais as práticas de Qualidade adequadas a este sector de actividade económica.

2.1.5. MODELOS DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

As organizações de Saúde, assim como outras actividades económicas, estão sujeitas a forças externas com impacto na Gestão da Qualidade. Segundo Spath (2009), “regulamentos governamentais, grupos de acreditação e financiadores de grande volume de serviços de Saúde, constituem as maiores influências nas operações das organizações de Saúde”.

Os regulamentos governamentais, concebidos para proteger a Saúde e a segurança do público, podem ter diferentes especificações. São ajustados regional e localmente, através de diferentes especificações.

Os requisitos para a Gestão de Qualidade na Saúde encontram-se igualmente nos standards de acreditação. O referido autor define acreditação como um processo de auto avaliação ou avaliação externa, empregue pelas organizações de Saúde para aferirem o seu nível de desempenho em comparação com standards predefinidos e como forma de implementarem e garantirem a melhoria contínua.

Os grandes financiadores de serviços de Saúde, tais como entidades gestoras de fundos de apoio social e companhias de seguros, também influenciam a Gestão da Qualidade, pressionando os prestadores com requisitos e regulamentos, que estes devem cumprir se quiserem prestar os respectivos serviços. Estes requisitos estão normalmente contidos em contratos, ou condições de participação, documentos onde se listam os referidos requisitos, como condições que os prestadores devem cumprir para manterem a relação contratual.

Existem vários modelos de standards de acreditação, tais como o da *Joint Commission International on Healthcare Organizations*, dos EUA, o do *Australian Council on Health Standards*, da Austrália, o *King's Fund Health Quality Service*, do Reino Unido e o da *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*, da França.

A certificação distingue-se da acreditação, na medida em que, segundo Lopes e Capricho (2007:34): "...A certificação não pode ser confundida com a acreditação, a qual consiste numa operação de validação técnica e de reconhecimento da capacidade global da entidade a acreditar, tornando-a competente para avaliar outras entidades, (...) a certificação consiste em avaliar com credibilidade, a conformidade face a documentos de referência".

A *International Organization for Standardization (ISO)*, organização responsável pela elaboração de alguns dos referidos documentos de referência, é uma entidade que actualmente congrega os grémios de padronização/normalização de 170 países. Esta entidade foi fundada em 23 de Fevereiro de 1947, em Genebra, na Suíça, e aprova normas internacionais em todos os campos técnicos, normas estas que são referidas por Lopes e Capricho (2007) como normas ISO.

Estas normas, revistas em Portugal pela primeira vez em 2000, foram recentemente alvo de nova revisão em 2008. Segundo Lopes e Capricho (2007), a partir da primeira revisão torna-se patente a aproximação entre as normas ISO e a *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, organização entretanto criada em 1988 por catorze empresas Europeias líderes, com o propósito de desenvolver uma ferramenta de gestão que aumentasse a competitividade das organizações Europeias e que se auto-define da seguinte forma: a EFQM "...is a membership based not for profit organisation, with a Mission to be the driving force for sustainable excellence in Europe and a Vision of a world in which European organisations excel" (EFQM, 2010).

A EFQM desenvolveu, segundo refere Pires (2007:248), "...um modelo de Gestão pela Qualidade Total, que serve de base às candidaturas das organizações aos Prémios Europeu e Português da Excelência". O pressuposto do modelo de excelência da EFQM (EFQM 2010) é o seguinte, resumidamente: "Organizações excelentes atingem a sua missão e progredem na direcção da sua visão através do planeamento e do equilíbrio na procura de resultados que

atinjam simultaneamente as necessidades de curto e longo prazo dos seus *Stakeholders*, e quando relevante, os superem.”

Segundo Pires (2007), no caminho para a excelência as organizações percorrem três níveis, bastando para iniciarem o processo manifestar o seu comprometimento com a excelência. Os três níveis referidos são, respectivamente, ‘*committed to excellence*’, ‘*recognised for excellence*’, ‘*EQA prize winner*’. Refere Pires (2007:248) que “...os méritos da EFQM (à semelhança de outros métodos) são fundamentalmente dois: Permitir à organização um exercício de auto-avaliação; Fornecer à organização um instrumento de benchmarking. (...) Este último aspecto é, especialmente, relevante pelo facto de as empresas não disporem com facilidade de dados que lhes permitam, comparar-se com as melhores”.

O SGQ em implementação na Clínica orienta-se pelo referencial da norma EN 9001:2008 da ISO, cujos principais conceitos são, de acordo com Lopes e Capricho (2007):

- 1) Orientação para o processo e para a nova terminologia.
- 2) Ênfase na melhoria contínua.
- 3) Gestão da informação e da comunicação.
- 4) Gestão de infra-estruturas e ambiente de trabalho.
- 5) Medição da satisfação do cliente.
- 6) Estrutura “amigável” e integrada com as normas em vigor.

No sentido de contribuir para a orientação organizacional em processos de implementação ou melhoria de SGQ tal como o que ocorre actualmente na Clínica, a ISO 9000:2000, apresenta oito princípios da Qualidade formalizados pelo ISO/TC176 (1998):

- 1) Focalização no cliente: “...as organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente, convém que compreendam as suas necessidades, actuais e futuras, satisfaçam os seus requisitos e se esforcem por exceder as suas expectativas”.
- 2) Liderança: “...os líderes estabelecem a finalidade e a orientação da organização. Convém que criem e mantenham o ambiente interno que permita o pleno desenvolvimento das pessoas para se atingirem os objectivos da organização”.

- 3) Envolvimento das pessoas: “...As pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização. Convém que criem e mantenham o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objectivos da organização”.
- 4) Abordagem por processos: O quarto Princípio esclarece que “...um resultado desejado é atingido quando as actividades e os recursos associados são geridos como um processo”
- 5) Abordagem da Gestão como um sistema: “...Identificar, compreender e gerir os processos inter-relacionados como um sistema, contribui para que a organização atinja os seus objectivos com eficácia e eficiência”.
- 6) Melhoria contínua: conforme o sexto Princípio “...Convém que a melhoria contínua do desempenho global de uma organização seja um objectivo permanente dessa organização”.
- 7) Abordagem à tomada de decisões baseada em factos: “...As decisões eficazes são baseadas na análise de dados e de informações”.
- 8) Relações mutuamente benéficas com fornecedores: “...Uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefício mútuo potencia a aptidão de ambas as partes para criar valor”.

Síntese da secção: existe pressão por parte de regulamentos governamentais, grupos de acreditação e financiadores de grande volume de serviços de Saúde no sentido da implementação de SGQ. As opções disponíveis dividem-se entre a acreditação e a certificação. As normas da certificação da Qualidade pelo referencial ISO aproximaram-se, em Portugal e após o ano 2000, das normas envolvidas na acreditação dos SGQ pela EFQM.

2.1.6. MODELOS DE MELHORIA DE DESEMPENHO

Os vários modelos sistemáticos de melhoria de desempenho criados e desenvolvidos ao longo dos tempos para aplicação em diversas áreas de actividade (incluindo a Saúde), são caracterizados por Spath (2009) pela existência de quatro fases: 1) Definição do objectivo de melhoria. 2) Análise das práticas correntes. 3) Concepção e implementação de melhorias. 4) Medição do sucesso.

Segundo Spath (2009), autor que refere o Círculo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), o FOCUS-PDCA, FADE, LEAN e SIX SIGMA como alguns dos modelos de melhoria de processos habitualmente aplicados nas organizações de Saúde, são diversos os factores que influenciam

a escolha individual das organizações pela abordagem que melhor se adequa. Este autor, considerando como primeiro passo essencial definir um objectivo para o projecto de melhoria, refere que uns modelos são mais adequados à eliminação de ineficiências de processos, sendo outros mais funcionais quando o objectivo é a melhoria contínua.

Síntese da secção: enfatiza-se o papel primordial do estabelecimento do(s) objectivo(s) dos projectos de melhoria na escolha do modelo para as implementar, realçando-se como característica comum a qualquer modelo, a estruturação sequencial das acções em quatro fases.

2.1.7. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

Cameron e Quinn (1999) referem os resultados de estudos publicados pela empresa de consultadoria *Rath and Strong*, que sondou as organizações presentes na lista “Fortune 500”, e que detectou o seguinte: apenas 22% destas alcançaram os seus objectivos de Qualidade, e 40% indicaram que as suas iniciativas foram um completo *flop*.

Noutro dos estudos referidos pelos autores, realizado por outra empresa de consultadoria, a *McKinsey*, e abrangendo trinta programas de Qualidade, verificou-se que dois terços destes programas pararam, ficaram aquém dos objectivos ou simplesmente falharam.

Referem ainda o estudo da *Ernst & Young* a 584 companhias em quatro indústrias (automóvel, banca, computadores, cuidados de Saúde) em quatro países distintos (EUA, Japão, Canadá, Alemanha), que concluiu que a maioria destas companhias não implementou com sucesso as suas práticas de Qualidade Total. A maioria destas empresas declarou a TQM um falhanço e iniciou cortes nos seus orçamentos de Qualidade.

Peter Drucker, por muitos considerado como o pai da Gestão contemporânea, citado por Childress e Senn (1995), concluiu que estamos num período chave da história que ocorre cada 200-300 anos, em que as pessoas deixam de compreender o mundo que as rodeia, e em que o passado não é suficiente para explicar o futuro. Mudanças imprevisíveis, e por vezes alarmantes, na envolvente tornam a sobrevivência das organizações difícil.

Mudanças “*over night*” são fruto de um mercado global em que os meios de comunicação colocam a informação no centro de todas as operações criando uma nova classe de exclusão

(os info-excluídos). Esta velocidade nas mudanças tem como consequência directa o aumento da incerteza, associada à complexidade do ser humano e às suas capacidades de reflexão - capacidade única dos seres humanos não presente nos outros seres vivos de “pensar” o pensamento e conseqüente associação a sentimentos. Assim, a incerteza e a velocidade da informação causam na envolvente efeitos que estimulam ainda mais o sentimento de insegurança nos mercados, e todo este processo tem como efeito nas organizações uma maior necessidade de atenção à envolvente, em si mesma instável, e conseqüente capacidade de ajuste, o que quando não ocorre, coloca a sustentabilidade em risco.

Questões de tão grande importância na definição da visão organizacional como são as que se prendem com a previsão do futuro, cuja solução permite às organizações manterem constância e direcção, tornaram-se difíceis de estabelecer com eficácia.

Segundo Cameron e Quinn (1999) - autores conhecidos pela *Competing Values Framework* - pelo menos três quartos das tentativas de adaptar as organizações à mudança, recorrendo a Sistemas de Gestão da Qualidade, redimensionamento ou reorganização, falharam, não permitindo às mesmas manterem-se no mercado. Referem vários estudos que reportam como a causa mais citada como responsável por esses falhanços, uma não valorização da cultura organizacional. Ou seja, a impossibilidade de adequar a cultura organizacional à mudança comprometeu os resultados das restantes mudanças iniciadas.

A cultura surge, assim, como o potencial de mudança inerente e facultado na forma de meios, sendo o factor determinante de sucesso na implementação de práticas de Qualidade, desde que usado em comunhão com outros mecanismos de mudança organizacional.

Segundo Cameron e Quinn (1999), outro factor de sucesso na implementação de qualquer mudança organizacional, é o alinhamento do comportamento pessoal dos gestores com a mudança cultural. Para estes autores é imperativo que os responsáveis organizacionais pelo estudo e gestão da mudança cultural, sejam capazes de medir as dimensões - chave da cultura. Só assim será possível à organização desenvolver uma estratégia adequada à mudança cultural e efectuar a sua implementação.

Segundo Pires (2007), a implementação de um programa de Qualidade Total objectiva a criação de uma cultura organizacional que permita fornecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes.

A primeira etapa ou objectivo parcial é formalizar um Sistema de Gestão da Qualidade. Este deverá compreender os procedimentos organizacionais capazes de assegurar que as actividades importantes para a Qualidade são programadas e decorrem controladamente. Uma meta importante contida no objectivo mais lato da criação da já referida cultura é a elaboração de um manual da Qualidade e a eventual certificação do Sistema da Qualidade.

A segunda etapa, a institucionalização de um sistema de valores de Qualidade Total, que, segundo Pires (2007), implica uma alteração significativa das metodologias de trabalho e de resolução de problemas, favorece as relações inter-pessoais e o trabalho pluridisciplinar em equipa. Este autor enfatiza o envolvimento da gestão de topo nos objectivos da Qualidade como condicionante da imagem que os colaboradores têm da política e da direcção organizacional.

Na terceira etapa, a empresa deverá implementar as técnicas específicas de controlo e Gestão da Qualidade. O referido autor alerta para o facto de o interesse preponderante da Qualidade Total se focalizar tanto nos aspectos da estratégia do negócio como nos aspectos motivacionais das pessoas, interesse para o qual é fundamental que se empreguem as ferramentas disponíveis que assegurem a sua aplicação e garantam a sua correcta cimentação em instrumentos de utilização prática: “...o Sistema de Gestão da Qualidade definindo nomeadamente a política e os objectivos, as responsabilidades, os canais de comunicação e as acções de seguimento, virá a traduzir-se num conjunto de regras de vivência na empresa” (Pires, 2007:213).

Síntese da secção: a eficácia da implementação de SGQs depende da estratégia escolhida devendo esta integrar-se na cultura organizacional existente.

2.2. FACILITADORES E INIBIDORES DOS SGQ

2.2.1. CULTURA

De acordo com Cameron e Quinn (1999), as organizações de sucesso da actualidade capitalizaram na capacidade de estabelecer e implementar uma cultura organizacional única e que as caracteriza. A sua força reside na existência de uma cultura ou sistema de valores próprios que lhes permite reduzir a incerteza (na medida em que facilita uma interpretação comum ao grupo), facilitar o posicionamento social (o relacionamento é facilitado por cada

membro do grupo saber o que dele se espera), criar continuidade (pela perpetuação de valores - chave e normas entre gerações), estabelecer uma identidade e empenhamento colectivos (criando laços quase como uma família) e finalmente, clarificar a sua visão de futuro.

Uma cultura organizacional reflecte-se através do que é valorizado, dos estilos dominantes de liderança presentes, da linguagem e dos símbolos empregues, dos procedimentos e rotinas usados, e das definições de sucesso que marcam uma organização como única.

Dentro duma organização, sub-unidades tais como departamentos funcionais, grupos de produtos, níveis hierárquicos, ou ainda equipas podem também reflectir as suas próprias e únicas culturas.

Hofstede (2001) define ‘cultura’ como o programa mental colectivo, que distingue os membros de um grupo ou uma categoria de pessoas, de outros grupos ou categorias de pessoas. Segundo este autor, o elemento fulcral da cultura são os valores, os quais define como tendências gerais para preferir determinados estados de coisas em detrimento de outros, caracterizando-os como sendo relativos a conceitos como o bem e o mal, sujo e limpo, moral e imoral, racional e irracional. O relacionamento entre as pessoas numa sociedade é afectado pelo conjunto de valores que compõem a programação mental dos seus membros. Da mesma forma as organizações, como conjuntos de pessoas em interacção e unidas em torno de objectivos comuns, dependem dos valores culturais prevalentes na sociedade em que se inserem. Hofstede, a partir de registos presentes na base de dados da *General Motors*, inicialmente desenvolveu os seus estudos na exploração das diferenças de pensamento e socialização entre membros de mais de 50 países da actualidade. Numa segunda fase, reunida em livro numa segunda obra editada em 2001, o âmbito dos seus estudos alargou-se, abrangendo as diferenças de comportamentos, instituições e organizações.

Síntese da secção: a força das organizações actuais reside na existência de uma cultura ou sistema de valores próprios que lhes permite reduzir a incerteza, facilitar o posicionamento social, criar continuidade, estabelecer uma identidade e empenhamento colectivos e, finalmente, clarificar a sua visão de futuro.

2.2.2. APRENDIZAGEM E CULTURA ORGANIZACIONAL

Cultura é, segundo a definição de Schein (1996a:236): “...o conjunto dos pressupostos básicos e implícitos detidos por um grupo, determinantes da forma como os seus elementos percebem, processam e reagem aos vários estímulos provenientes de múltiplos ambientes...”. Este autor refere a capacidade de processamento e adaptação, assim como a existência dos mecanismos específicos para o fazer, como sendo condições essenciais à sustentabilidade organizacional, distinguindo duas perspectivas para definir aprendizagem organizacional:

1. Argyris e Schon (1996), os quais sustentam que quando indivíduos desempenhando papéis organizacionais actuam em nome da organização, pode-se pensar na organização como aprendente;
2. Cook e Yanow (1993), que defendem que as organizações têm de actuar como unidades organizacionais, e que a sua capacidade de o fazer, quando sujeitas a alterações das condições ambientais, deve ser legitimamente considerada como aprendizagem organizacional, sem com isto se lhes atribuírem qualquer tipo de consciência de organização enquanto tal.

Segundo Shein (1996a:234) “...os académicos da gestão de organizações, desde que esta disciplina existe, têm-se preocupado consistentemente com as questões da adaptação, sustentabilidade, aprendizagem organizacional, justificadas pela necessidade de ajuste à envolvente. (...) O campo da mudança organizacional planeada, é todo acerca de aprendizagem. (...) Se regressarmos ao campo de actuação organizacional e criteriosamente observarmos o que se passa quando as organizações procuram melhorar as operações, respondendo a dados novos provenientes de meios políticos, económicos ou tecnológicos, descobrimos o papel crítico que a cultura desempenha”.

Síntese da secção: realce para o potencial da cultura como elemento condicionador de processos de mudança. No caso em estudo, para responder às questões em análise, o modelo cultural existente na Clínica deve ser avaliado na perspectiva dos colaboradores, procurando-se essencialmente compreender a sua relação com a aprendizagem organizacional.

2.2.3. CULTURA E PERFORMANCE ORGANIZACIONAL

Para Schein (1996_b:12) “... Culture arises through shared experiences of success”. O autor refere a existência de subculturas, “...originadas internamente nas organizações e baseadas nas suas histórias e experiências particulares (...) Começando com os seus fundadores, cujo sucesso e crescimento dão origem a pressupostos partilhados acerca do mundo e das formas de nele obter sucesso” (Schein, 1996_b:12). Outro exemplo de subcultura é a originada nos grupos funcionais e nos pressupostos partilhados pelos seus membros, pressupostos estes que são normalmente baseados no seu passado comum durante o seu percurso educacional e formativo.

O autor refere experiências partilhadas em específicos níveis hierárquicos, como condicionantes dos pressupostos de como executar uma função. Esses pressupostos têm origem na identificação pelos seus detentores dos métodos eficazes de, por exemplo, gerir os seus subordinados, e são ensinados aos recém-chegados a esses níveis hierárquicos. As culturas hierarquicamente originadas são normalmente responsáveis pelos problemas de comunicação do tipo “vender ao gestor sénior uma nova maneira de fazer as coisas” ou “conseguir aprovar o orçamento para um novo equipamento”. Ao ultrapassar-se cada fronteira cultural, a proposta tem que ser colocada na linguagem do nível a que se destina e deve igualmente reflectir os valores e pressupostos desse grupo hierárquico.

Schein (1996_b) defende ainda que a responsabilidade pelo falhanço das organizações em aprenderem a aprender reside na existência de três culturas de gestão organizacional, representadas respectivamente por três grupos funcionais, o dos Operacionais, o dos Engenheiros e o dos Executivos, cujos pressupostos e valores, condicionando acções potencialmente causadoras de conflitos, não contribuem para o alinhamento organizacional. A dificuldade de cada elemento dentro de cada um destes grupos, orientado nas suas percepções e escolhas por um conjunto de pressupostos que determinam valores distintos, de compreender e integrar nas suas percepções os valores das outras duas, tem como consequência o não alinhamento e a incongruência com a missão e os objectivos organizacionais.

As três culturas de gestão organizacional, segundo Schein (1996_b), são:

➤ Cultura dos operacionais:

Segundo o autor é a mais difícil de descrever, já que se dissemina localmente nas organizações e está inserida nas unidades operacionais. Pode-se identificar uma cultura de operador numa linha de montagem numa fábrica de automóveis, num *cockpit* dum avião ou numa plataforma nuclear, mas não fica claro quais os elementos responsáveis por essa cultura ser mais abrangente, projectando-se para além da unidade local.

Se considerarmos que as operações em determinada actividade reflectem as tendências tecnológicas-chave e comuns ao sector de actividade específica, então até certo ponto, pode-se considerar que a forma como um operacional executa tarefas num determinado sector de actividade reflecte o conjunto de tecnologias-chave que lhe estiveram na origem (ver tabela seguinte).

Pressupostos da cultura dos operacionais:

1. Como a actividade de qualquer organização é essencialmente a acção das suas pessoas, o seu sucesso está dependente do conhecimento, capacidade de aprendizagem e empenhamento das suas pessoas.
2. O conhecimento e as competências necessárias são locais e baseadas na tecnologia chave da organização.
3. Independentemente do detalhe observado no design dos processos, na construção de regras e antecipação das rotinas, os operadores devem manter a capacidade de aprendizagem e processamento de surpresas.
4. A maior parte das operações envolvem interdependências entre elementos distintos; assim sendo, os operadores devem ser capazes de funcionar como uma equipa colaborativa, em que a comunicação, abertura, confiança mútua e o empenhamento, são altamente valorizados.

Tabela 4: Pressupostos da cultura dos operacionais

Fonte: Schein (1996b)

A cultura dos operacionais é baseada em interacção pessoal, o que no caso numa actividade complexa, como uma plataforma nuclear ou numa unidade de Saúde, é fundamental para lidar com eventos imprevisíveis. Os operadores nestas circunstâncias aprendem a importância do

trabalho colaborativo em equipa, necessitando de desenvolver as competências comunicacionais, de abertura e transparência, que assegurem a confiança mútua e o empenho da equipa. Segundo Shein (1996b), a tragédia em muitas organizações é que os operacionais sabem que, para executarem o seu trabalho eficazmente, devem seguir os pressupostos listados acima. Mas sabem, também, que nem o sistema de incentivos, nem o sistema de gestão das rotinas, suportam esses pressupostos. Consequentemente, os operadores aprendem a subverter o que sabem ser a verdade e o que funciona, ou usam o seu potencial aprendente para driblar os esforços da gestão para aumentar a produtividade. Para melhor compreender este fenómeno, é necessário examinar a forma como as duas outras culturas se inserem na organização.

➤ Cultura dos engenheiros:

Este é o grupo que em cada organização integra os elementos responsáveis pelo design da tecnologia, que sustenta todas as operações e que detém o conhecimento da forma de aplicação dessa tecnologia. A sua formação reforça a percepção de que qualquer problema tem uma solução abstracta, e de que essa solução pode, em princípio, ser implementada no mundo real, por intermédio de sistemas não dependentes de erros e falhas humanas (tabela 5).

No design de sistemas complexos como as plataformas nucleares ou unidades de Saúde, os engenheiros optam, como forma de garantir a segurança em situações de imprevisibilidade, por soluções técnicas em detrimento de soluções dependentes de equipas humanas de profissionais.

Pressupostos da cultura dos engenheiros

1. Os engenheiros estão imbuídos dum optimismo proactivo de que podem e devem alterar a natureza.
2. Os engenheiros são estimulados por charadas e problemas, sendo perfeccionistas pragmáticos que preferem soluções sem pessoas.
3. O mundo ideal é composto por máquinas elegantes e processos trabalhando em harmonia e precisão, sem a intervenção humana.
4. Os engenheiros orientam-se para a segurança criando nessa área *designs* escrupulosos e redundantes.
5. Os engenheiros preferem pensar quantitativamente raciocinando linearmente através de relações de causa-efeito.

Tabela 5: Pressupostos da cultura dos engenheiros

Fonte: Schein (1996b)

➤ Cultura dos executivos:

A cultura dos executivos agrega os *Chief Executive Officers* (CEOs) e os seus subordinados imediatos, como um grupo que partilha globalmente os mesmos pressupostos tácitos. A sua percepção do mundo tem origem na necessidade de manter a robustez financeira organizacional. Focam-se para esse efeito em análise estatística, investimentos e nos mercados de capitais (ver tabela seguinte).

Pressupostos da cultura dos executivos

1. Foco financeiro

Os executivos focam-se na sustentabilidade financeira e no crescimento como forma de retorno para os accionistas e para a sociedade.

Sustentabilidade financeira é sinónima de guerra contínua com a concorrência.

2. Auto imagem: o herói solitário

O ambiente económico é de crescente competição e potencialmente hostil, o que torna o CEO isolado e sozinho, parecendo no entanto omnisciente, em controlo total, sentindo-se desse modo indispensável.

Como não confiam nas informações dos subordinados dependem unicamente do seu próprio julgamento.

3. Foco na hierarquia e controlo do indivíduo

A gestão é intrinsecamente hierárquica, sendo a hierarquia a medida do status e o sucesso o meio privilegiado de manter o controlo.

A organização deve ser uma equipa, a responsabilização deve no entanto ser individual.

A vontade de arriscar é limitada às situações que permitem ao executivo manter-se em controlo.

4. Foco no controlo das tarefas

Como a organização é muito grande, torna-se abstracta e impessoal, tendo de ser gerida por regras, rotinas e rituais (máquina burocrática).

O valor intrínseco dos relacionamentos interpessoais perde-se à medida que o executivo sobe na hierarquia.

O atractivo do cargo é o desafio, o nível crescente de responsabilidade e a sensação de realização pessoal, e não as relações interpessoais.

Um mundo ideal seria onde a organização tivesse um desempenho do tipo máquina bem oleada, necessitando apenas de manutenções e reparações ocasionais.

As pessoas são um mal necessário, não um valor intrínseco.

A organização bem oleada não necessita de pessoas, apenas de actividades contratadas.

Tabela 6: Pressupostos da cultura dos executivos

Fonte: Schein (1996_b)

À medida que os gestores sobem na hierarquia, e que o seu nível de responsabilidade aumenta, além das crescentes preocupações com assuntos financeiros, confrontam-se com a descoberta de que é cada vez mais difícil a monitorização e intervenção nas operações básicas da organização. Este facto tem como consequência a necessidade crescente de deterem sistemas de controlo. Descobrem assim que tendo que gerir à distância, dependem de forma crescente de sistemas cada vez mais impessoais. Consequentemente, este processo conduz a percepções de isolamento crescente. Outra tendência crescente neste processo, é a da

percepção pelos CEOs das pessoas como recursos humanos avaliados como custos, e não como investimento de capital.

Fragata e Martins (2004:215) definem cultura organizacional como “...um conjunto de valores centrais que fornece uma intencionalidade à acção individual e colectiva e um modo de a interpretar, (...) pressupostos que influenciam as pessoas face ao inesperado...”.

A cultura, como a referência de valores, responsável nos indivíduos pela percepção de que algo é apropriado ou inapropriado num determinado contexto, funciona como elemento de aglutinação organizacional, favorecendo simultaneamente a centralização e a descentralização. Os valores partilhados conferem intencionalidade às acções individuais e colectivas, facultando uma referência para a sua avaliação. A cultura organizacional impõe-se como “...elemento estruturante fundamental da segurança e fiabilidade...” (Fragata e Martins, 2004:215).

Segundo estes autores, a cultura organizacional relaciona-se com os pressupostos que condicionam as pessoas em face ao inesperado. Incluem no conceito de inesperado, tudo o que fica à margem do que a instituição especifica como esperado. Na perspectiva da fiabilidade organizacional, consideram fundamental entender os elementos constitutivos da cultura.

Schein (1999:27), refere que “...a cultura é o padrão de pressupostos básicos interiorizados por um grupo como forma de solução para os seus problemas de adaptação externa e integração interna, os quais funcionaram suficientemente bem para serem considerados válidos e, como tal, susceptíveis de serem ensinados a novos membros como a forma correcta de perceber, pensar e sentir em relação aos referidos problemas...”. Este autor esquematiza a cultura organizacional em redor de três níveis: os artefactos, os valores e os pressupostos partilhados representados de seguida (figura 4).

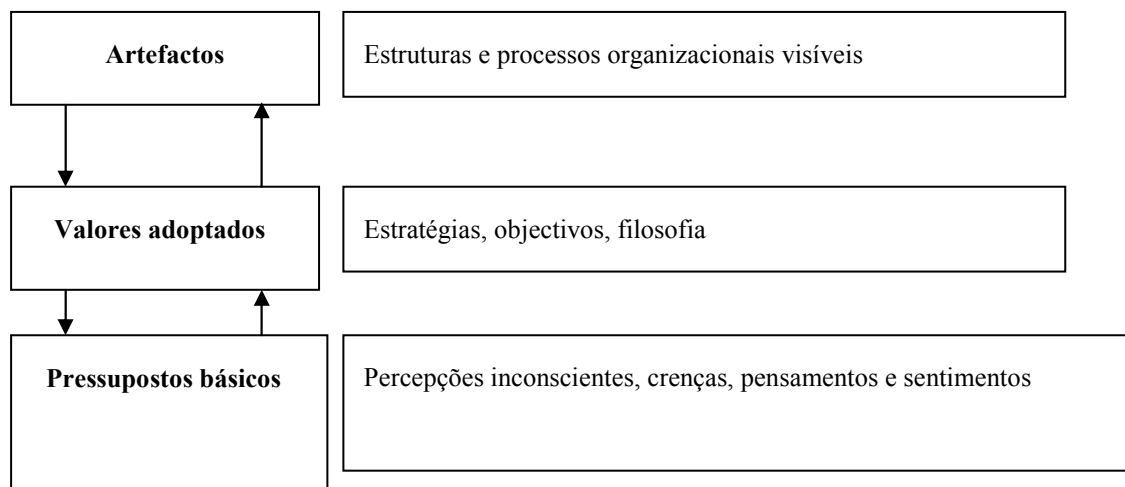


Figura 4: Níveis de cultura

Fonte: Schein (2009)

Ao nível superficial, o que está mais acessível, encontram-se os artefactos. Este nível é composto pelas estruturas e processos organizacionais visíveis.

O nível intermédio, o dos valores adoptados, relaciona-se com as estratégias, objectivos e filosofias.

Ao nível mais profundo, o dos pressupostos básicos, encontram-se as percepções inconscientes, as crenças, pensamentos e sentimentos, decorrentes da interacção com a envolvente, e que encerram as lições interiorizadas nesse processo. Os valores decorrem destes pressupostos, e prescrevem as práticas organizacionais.

Os artefactos, compreendendo as actividades visíveis que materializam e dão substância aos valores comuns, são a dimensão mais simples de alterar, sendo os pressupostos a dimensão mais difícil de mudar.

Segundo Schein (1999) é a articulação entre os valores aprendidos, crenças e pressupostos partilhados e assumidos como garantes do sucesso da organização, que determina a essência da cultura.

Nesta concepção são os pressupostos básicos que influenciam os valores em que os indivíduos assentam o seu comportamento, guiando-os na prática dos processos

organizacionais. O autor acrescenta que a formação destes pressupostos e valores decorre de um processo de aprendizagem conjunto.

Síntese da secção: avaliar a cultura organizacional é um processo complexo. Sendo um elemento estruturante da segurança e fiabilidade, que são factores essenciais à sustentabilidade das organizações de Saúde, a cultura funciona como um elemento de aglutinação organizacional, e esta funcionalidade deve ser explorada no presente estudo, de acordo com a perspectiva dos colaboradores da Clínica. Importa ainda enquadrar o conceito de subculturas conforme descrito por Shein (1996b), nos grupos funcionais em presença na Clínica, tentando desse modo compreender, avaliar e intervir em situações de conflito que possam provocar o não alinhamento e a incongruência com a missão e os objectivos organizacionais, ou no âmbito do presente caso, comprometam o objectivo específico de implementação do PGNC.

2.2.4. FIABILIDADE/COMUNICAÇÃO

Uma consulta da literatura dedicada às questões da fiabilidade dos serviços e segurança dos pacientes permite verificar a elevada importância relativa da redução do risco clínico e enfoque na previsibilidade de resultados dos serviços prestados. Nestas condições é, pois, do equilíbrio entre previsibilidade e capacidade de aprendizagem com os erros, que depende o sucesso das operações.

No que respeita à capacidade de aprendizagem com os erros é fundamental a existência de uma cultura organizacional favorável, em que o erro seja percebido como uma falha do sistema e uma oportunidade para a sua correcção e melhoria. Fragata e Martins (2004) defendem que para a adopção da cultura adequada, importa compreender a realidade cultural vigente na maioria das organizações de Saúde, a qual tem origem no ciclo de atribuição da culpa individual de Reason (1997), citado por Fragata e Martins (2004) (figura 5). Neste ciclo que se inicia pela avaliação das pessoas como agentes livres e com autonomia de decisão, que resulta na avaliação dos erros como voluntários o que, por sua vez, conduz à tentativa de correcção do seu comportamento; os avisos, sanções e admoestações, surgem como medidas para influenciar o comportamento dos indivíduos; o facto destas medidas não alterarem as condições verdadeiramente responsáveis pelo erro, perpetua-o; simultaneamente as pessoas,

apesar de avisadas, continuam a cometer erros, o que as torna de novo alvo de medidas sancionatórias, originando-se deste modo um ciclo vicioso.

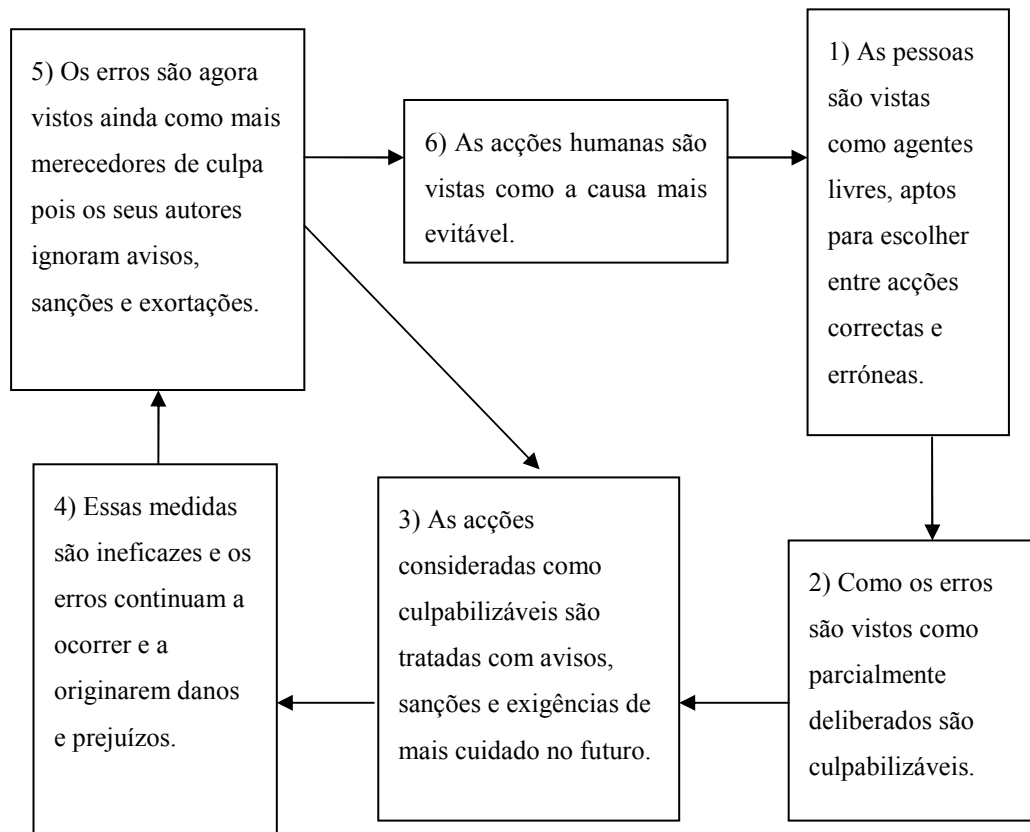


Figura 5: O ciclo de culpa

Fonte: Reason (1997)

Fragata e Martins (2004:150), consideram os erros humanos mais como uma consequência do que como uma causa: “...os erros são formatados e provocados por factores que resultam do enquadramento, quer ao nível da organização, quer ao nível da execução das tarefas”.

Os referidos autores esquematizam a natureza do erro humano da seguinte forma:

- As acções humanas são quase sempre constrangidas por factores extrínsecos ao controlo individual imediato.
- As pessoas não podem facilmente evitar essas acções.

- Os erros têm múltiplas causas relacionadas com a tarefa, com factores pessoais, organizacionais e situacionais. As situações são mais facilmente objecto de melhoria do que as pessoas, mesmo considerando que estas estão empenhadas e motivadas.

Três dimensões presentes no desenvolvimento dum acidente numa organização de Saúde facilitam o estabelecimento duma sequência causal, segundo Fragata e Martins (2004):

- Factores organizacionais (decisões estratégicas, organização geral dos processos, previsão das necessidades em Saúde, orçamentação, alocação de recursos, planeamento, programação, comunicação, gestão, auditorias, etc.). Estes factores são enquadrados pela cultura organizacional, i.e., pelas regras muitas vezes não escritas, correspondendo ao modo específico como a organização gere a sua actividade e o modo como as pessoas vivem o quotidiano organizacional.
- Os factores organizacionais descritos no ponto anterior têm consequências nos indivíduos, em todos os níveis funcionais da organização, associando-se a outros factores propícios à promoção de actos menos seguros tais como: pressão do tempo, treino insuficiente, fraca supervisão, baixos salários, deficientes condições de trabalho, procedimentos ambíguos, défices de comunicação, etc.
- No contexto operacional, factores locais combinam-se com tendências humanas para produzir erros e violações, cometidos por indivíduos e equipas da linha - da - frente. Segundo estes autores um grande número destes actos inseguros está implicado em muitos acidentes organizacionais.

Desta forma, "...o erro traduz, assim um desajuste de articulação entre a organização e o meio envolvente" (Fragata e Martins, 2004). Citando Ramussen *et al.* (1994), Fragata e Martins (2004:151) defendem que a própria definição de erro depende das circunstâncias em que ocorre: "...é normalmente identificado por um desvio do comportamento normal de um indivíduo, num dado contexto organizacional, que pode ter consequências e danos imediatos, podendo ser identificado, *à posteriori*, quando resultados inapropriados são percebidos como resultantes de uma cadeia de acontecimentos em que o erro humano foi uma causa. Contudo, definir os erros, como um desvio do desempenho normal, pode ser útil para actividades em sistemas tecnicamente bem estruturados, com uma sequência de acções previamente definidas e práticas de trabalho standardizadas, sendo assim possível definir actos humanos como

erros, no contexto de uma relação de interface particular e de uma configuração específica de tarefas...”.

A questão, ainda segundo os mesmos autores, é a de que a definição de uma sequência pré-definida de tarefas, sendo possível de estabelecer na produção industrial, é muito complicada de estabelecer na prática clínica, facto que justifica a exigência de uma abordagem mais ajustada às organizações de serviços de Saúde. Nestas organizações o erro corresponde a uma incapacidade do sistema em responder a determinado desafio, que um determinado evento motivou: “O erro reflecte igualmente a ausência de *feedback* interno, que possa activar respostas compensatórias...” (Fragata e Martins 2004:153). Para estes autores o design organizacional na Saúde não pode basear-se em procedimentos pré-planeados. É necessário, em vez disso, conceder meios e objectivos aos indivíduos para que num ambiente de trabalho dinâmico, estes possam responder aos desafios que, a cada momento se lhes colocam.

Segundo Schein (1999), a noção de erro e falha encontra-se culturalmente contextualizada na organização ou seja, dependente dos valores partilhados pelo grupo em relação, por exemplo, à aprendizagem com os erros. A aprendizagem começa com a detecção do erro ou falha: “...O sistema de mensuração, detecção e correcção dos erros, sendo um dos pressupostos culturais de uma organização, reflecte a história da organização e as personalidades dos seus fundadores...” (Schein 1999:39). Se os sistemas de detecção e correcção dos erros presentes numa organização são centrados na punição, os colaboradores desenvolvem uma cultura da culpabilização: “...Se a organização desenvolve uma cultura da culpabilização, os funcionários dissociam-se de um projecto falhado tão depressa quanto possível (...) Só a existência de confiança e espírito de equipa, construído ao longo do tempo, permitem um trabalho de análise sistemática do erro e subsequente correcção” (Schein 1999:40). Fragata e Martins (2004) propõem em alternativa, um sistema que face à falha, procure a origem e a sequência causal que conduz ao erro. Segundo estes autores, a fiabilidade assenta na cultura organizacional, percebida como o conjunto de pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado. Este tipo de cultura é caracterizada, segundo Weick e Sutcliffe (2001) por:

- O que é reportado quando as pessoas cometem erros (*reporting culture* ou cultura de *reporting*).

- Como se incentiva as pessoas a reportar algo que não está bem (*just culture* ou cultura de justiça).
- Rapidez de resposta das pessoas a mudanças radicais (cultura flexível).
- Qual o grau de adequabilidade dos procedimentos, que relacionando-se com a aprendizagem com os erros, encorajem no indivíduo a reconfiguração dos seus pressupostos, estruturas mentais e práticas (cultura de aprendizagem).

As características descritas, segundo Weick e Sutcliffe (2001), remetem para procedimentos que sejam significativos de diferentes posturas culturais que se repercutem na organização:

- Cultura de *reporting* (CR): evidencia a importância do registo e avaliação de todas as não conformidades (enganos, incidentes raros, ‘near miss’,) como forma de capitalização do conhecimento determinante para a construção duma cultura de segurança. A forma como este conhecimento é estruturado deve motivar as pessoas a reportarem os seus próprios erros. Uma cultura que incentive o relato do erro protege e premeia as pessoas que o façam.
- Cultura de justiça (CJ): uma organização também é caracterizada pela forma como pune e recompensa. Enfatiza a importância da existência de um clima de confiança em que as pessoas se sintam motivadas ou mesmo recompensadas por contribuírem com informação relacionada com a segurança. Para o seu estabelecimento é essencial a delimitação bem clara entre comportamentos aceitáveis ou condenáveis.
- Cultura flexível (CF): cultura que favorece a adaptação à mudança. Evidencia a velocidade e o modo como a informação flui, o que se reflecte no design organizacional. Uma organização com uma cultura flexível privilegia a competência e a *expertise* do pessoal da sua linha da frente, não centralizando a decisão exclusivamente na hierarquia.
- Cultura de aprendizagem (CDA): a informação, correcta e oportunamente veiculada pela organização, constitui um motor de aprendizagem. Uma cultura informada, que inclua o relato de falhas, a justiça e a flexibilidade, torna-se numa cultura de aprendizagem, que ao nível individual, proporciona melhor desempenho profissional.

Apesar das vantagens evidentes de percepção do erro como dimensão estruturante da Gestão, existem segundo Fragata e Martins (2004), barreiras à aprendizagem contínua através do relato das falhas e erros nas organizações. Estas barreiras originam-se a nível individual, a nível organizacional e a nível de grupo:

- Nível individual – o envolvimento das pessoas em qualquer actividade, é incentivado pela sua perspectiva de ganhos na forma de auto-estima – detectar e reconhecer que falharam poderá ter o efeito contrário, isto é, relacionarem a falha com a perda de eficácia pessoal, o que desencorajaria o seu relato.
- Nível organizacional – embora possa existir por parte da organização uma valorização formal do relato de falhas e erros, na prática, coexiste uma estigmatização do indivíduo que lhes está associado.
- Nível de grupo – à barreira individual da auto-avaliação, associa-se o estigma originado na forma como os indivíduos envolvidos numa falha ou erro são avaliados pelos seus pares. Segundo Fragata e Martins (2004), é a nível do grupo que se desenvolvem crenças relacionadas com as consequências a nível interpessoal das falhas e erros, sendo estas, características centrais do sistema de crenças partilhadas no grupo. Estes autores referem o trabalho empírico realizado por Cannon e Edmonson, (2001), onde se verificou em relação aos erros, que as crenças existentes no grupo são relacionáveis com o seu desempenho. Outro dos achados empíricos desse trabalho, esclarece que dentro da mesma organização, grupos executando tarefas semelhantes detêm crenças distintas acerca das falhas e dos erros, isto é, o grau em que as falhas e erros são orientados para a aprendizagem varia entre grupos, independentemente do tipo de grupo.

No mesmo trabalho, os autores verificaram existir uma associação entre uma liderança efectiva, uma direcção clara e um contexto favorável nas equipas de trabalho, e as crenças partilhadas de aprendizagem com as falhas. Verificaram ainda que o desempenho da equipa está associado a essas crenças.

Como caminho possível de resposta à questão fundamental de saber como gerir o inesperado, Fragata e Martins (2004) sugerem às organizações de Saúde a identificação das características das organizações altamente fiáveis (*High Reliability Organizations*). As *High Reliability*

Organizations (HRO) como, por exemplo, as centrais nucleares e as companhias aéreas, cuja importância reside no seu papel precursor da adaptação das formas organizacionais a um meio de crescente complexidade situam-se, segundo Weick, e Sutcliffe (1999), no centro do *mainstream* da teoria organizacional.

Contrariamente às abordagens clássicas, a fiabilidade nas HRO não é percebida como resultado da standardização, nem como resultado da busca da invariabilidade organizacional, o que motiva uma menor procura de regras formais para o design das operações.

Segundo os mesmos autores, nas HRO a fiabilidade decorre da gestão continuada das oscilações da performance, aplicada não só ao nível dos postos de trabalho, como nas restantes interações organizacionais: "...A gestão é desenvolvida e focaliza-se num entendimento partilhado colectivamente, isto é, num contexto de processos cognitivos partilhados e estabilizados, possibilitando aos indivíduos disporem de concepções comuns, que permitem identificar a variabilidade nas actividades, induzindo uma actuação adaptativa aos acontecimentos que ocorrem..." (Fragata e Martins, 2004:219).

A existência de processos cognitivos partilhados implica a manutenção de uma inteligência atenta e activa, acessível individual e colectivamente nas HRO, designada por Weick e Sutcliffe (2001) como *mindfulness*, conceito que estes autores associam a um estado cognitivo decorrente da combinação de vários factores: contínuo escrutínio das expectativas existentes, contínuo refinamento e diferenciação das expectativas baseadas nas novas experiências, vontade e capacidade de se reinventarem novas expectativas capazes de enquadrar com sentido eventos inesperados, uma apreciação com mais nuances dos contextos emergentes assim como das formas de lidar com eles, e identificação de novas dimensões dos contextos que desenvolvam a antecipação e a funcionalidade corrente. Ou seja, um conjunto enorme de processos cognitivos. Segundo estes autores, é precisamente esta complexidade cognitiva que garante a captura dos fenómenos complexos, contribuindo para a fiabilidade nas HRO.

Nesta concepção está implícita uma dimensão, substancialmente diferente da existente nas organizações eficientes, que focalizam a sua actuação na eficiência, dividindo e estruturando as actividades, definindo padrões de actividade e procurando estabelecer regras de funcionamento.

A ocorrência de erros nas organizações eficientes, decorre do facto destas desenvolverem na presença de situações imprevistas, o mesmo tipo de procedimento empregue em situações normais, o que torna o erro indetectável ou não resultante em acções consequentes. Segundo Weick e Sutcliffe (2001), as HRO diferenciam entre ocasiões normais, ocasiões *High-Tempo* e emergências. Em cada um destes cenários a decisão é formada em diferentes níveis: as decisões vêm do topo durante as operações normais; migram pela organização na procura da(s) pessoa(s) mais capacitadas para as tomar nas situações *High-Tempo*; e seguem uma estrutura predefinida nas emergências.

Fragata e Martins (2004) defendem que a standardização nos processos não constitui garante para a detecção preventiva de falhas nos equipamentos, nos materiais ou na conformidade inadequada. Mesmo levando em conta que as situações imprevistas originam a revisão dos procedimentos e das actuações, se não houver um entendimento partilhado na equipa face a estes novos acontecimentos, não é possível a detecção de padrões de variabilidade que originem acções adaptativas sustentáveis.

Atendendo às especificidades do sector da Saúde, nomeadamente aquelas relativas ao mecanismo de coordenação do trabalho pelo ajustamento mútuo permanente entre profissionais, é de esperar que o potencial de informação acerca da capacidade e vulnerabilidade organizacional na resposta às necessidades dos doentes se encontre exactamente na actividade adaptativa dos profissionais face às alterações de rotina, e na interacção entre grupos de profissionais, agrupados pelas qualificações.

A fiabilidade dos resultados é, nessa perspectiva, uma consequência dos processos de cognição partilhados e assumidos colectivamente, os quais, face à complexidade da actividade quotidiana, induzem actos específicos e concebidos de forma a evitarem as consequências não desejadas. Deste modo, “para perceber como as organizações se organizam para a alta fiabilidade, precisamos especificar o que é accionado repetidamente, no nosso caso o processo cognitivo e o que varia, no nosso caso são as actividades...” (Weick e Sutcliffe, 1999:87)

Fragata e Martins (2004) defendem que resultados incorrectos acontecem, quando não existe estabilidade e partilha nos processos cognitivos, não sendo possível, desse modo, identificar e agir adequadamente, face a eventos imprevistos e não standardizados. Referem ainda ser a

fiabilidade o objectivo central das organizações, nomeando a questão do estudo e condições do funcionamento apropriado dos sistemas, como a preocupação central.

Por outro lado defendem que, ao maximizarem a fiabilidade, as organizações fiáveis cobrem as diferentes dimensões da performance – a lógica burocrata (centrada na eficiência), a lógica de cooperação (focada na satisfação de necessidades), ou a lógica do sistema natural (centrada na aquisição de recursos) – reafirmando a lógica paradoxal fundamental para capturar “...a contraditória natureza da vida organizacional...” (Fragata e Martins, 2004:221).

A dimensão acrescentada à análise da eficácia pelas organizações fiáveis, é a das condições a evitar. Estas organizações identificam conjuntos de resultados específicos a evitar e organizam a sua actividade de forma a que estes não aconteçam. Segundo os mesmos autores, a eficácia definida em termos de ‘evitamento’, é mais exigente em termos de envolvimento, inteligência activa e capacidade de alerta, que aquela balizada nos resultados a obter.

Conhecer e compreender os processos, mantendo uma inteligência colectiva e partilhada, é o garante da efectiva detecção do erro nas organizações fiáveis. Esta inteligência relaciona-se com a qualidade mas também com a conservação da atenção, de forma a garantir que todos os disfuncionamentos são relatados. Para tal, é necessário que as pessoas e a organização não estejam centradas no sucesso: “...Quando as pessoas se centram no sucesso, esta preocupação tende a encorajar a simplificação e a manutenção da performance existente, a adesão às rotinas e categorias institucionalizadas, à conformidade e à delimitação de funções existentes que representam uma clara diminuição da inteligência e atenção colectivas...” (Fragata e Martins, 2004:221).

Os processos através dos quais se desenvolve a fiabilidade organizacional são aqueles que aumentam a capacidade de antecipação e consciencialização de eventos inesperados na organização, possibilitando formas de acção antes dos problemas se tornarem graves.

Fragata e Martins (2004) defendem uma alteração do foco tradicional da teoria organizacional, da tomada de decisão e da prevenção de acidentes, para o desenvolvimento duma inteligência colectiva conseguida através de relato e interpretação dos incidentes e da implementação das acções correctivas adequadas.

Weick e Sutcliffe (2001) referem como indutores do estado cognitivo de *mindfulness* os seguintes processos:

1) Preocupação com a falha (PF).

Ao contrário de outras organizações que tendem a focalizar a falha, as organizações fiáveis tendem a generalizá-la. Cada incidente é processado analisando a cadeia causal que o produz, assim como as suas implicações.

2) Relutância para simplificar interpretações (RSI).

A simplificação como forma de realizar acções rápidas, ao promover a não avaliação de toda a informação, aumenta a possibilidade de eventuais falhas e erros. As organizações são melhor definidas pelo que não sabem (o que as pode surpreender), do que pelo que conhecem. E o que não sabem é sinalizado pelos incidentes e falhas que ocorrem.

As organizações fiáveis socializam as suas pessoas para reportarem incidentes e erros, cultivando a variedade de requisitos e a variedade de pontos de vista. A existência de mecanismos institucionalizados de gestão de conflitos, assumindo diferentes perspectivas, constitui outra condição essencial na persecução da fiabilidade.

A cooperação gera-se pois, pelo constante ajustamento mútuo entre as estratégias dos indivíduos que, procurando deter controlo sobre o que é relevante para as suas tarefas, continuamente renegoceiam a sua participação dentro da organização.

3) Sensibilidade às operações (SO).

Nestas organizações, a gestão de operações (primeira linha) está no centro do processo de avaliação e reformulação de tudo o que possa contribuir para falhas e imperfeições.

4) Compromisso com resiliência (CCR).

Reflecte a capacidade de antecipar e reagir a potenciais perigos e erros. Segundo Weick e Sutcliffe (2001), autores para quem a resiliência é uma combinação entre a manutenção dos erros a um nível tolerável e o desenvolvimento de ambientes de trabalho capazes de na sua ocorrência manter os sistemas funcionais, o que caracteriza as HRO não é a ausência de erros, mas o facto que estes ocorrem sem desactivar os sistemas e sem pôr em causa a segurança das operações.

5) Deferência com a *expertise* (DE).

Nas organizações onde a conexão hierárquica é mais fraca como por exemplo organizações de serviços de Saúde, com mecanismos de coordenação do trabalho regulados pelo ajustamento mútuo entre os operacionais. Organizações deste tipo ao incentivarem nas pessoas o desenvolvimento da compreensão sobre a complexidade e a articulação mais célere e eficaz dos problemas, investindo mais no desenvolvimento das suas competências, reúnem mais condições para a fiabilidade e para a eficiência da comunicação interna.

Weick e Sutcliffe (2001:42) autores que consideram essencial distinguir os processos de antecipação a ocorrências inesperadas dos processos empregues para a sua contenção, referem “...A preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade às operações, são os processos que permitem agir em antecipação ao imprevisto (...) Comprometimento com a resiliência e deferência com a *expertise*, são processos utilizados como forma de conter o inesperado...”

Perrow (1999) representa numa forma matricial as organizações em duas dimensões de tipo 2x2 (tabela 7):

	Interacção linear	Interacção complexa
Conexão forte	Menor probabilidade de acidente	Acidente como consequência normal
Conexão fraca	Menor probabilidade de acidente	Menor probabilidade de acidente

Tabela 7: Matriz interacção/conexão das organizações

Fonte: Perrow (1999)

Estas dimensões caracterizam as organizações quanto à conexão hierárquica, situando-as num de 2 níveis: nível fraco de conexão/ regulação/hierarquização, e nível forte de conexão/ regulação/hierarquização do trabalho. Situa-as também de acordo com os graus de interacção e complexidade na execução das tarefas, igualmente entre 2 níveis: as lineares caracterizadas por tarefas simples e repetitivas e as complexas, caracterizadas por um elevado grau de complexidade e imprevisibilidade das tarefas. O acidente surge, segundo Perrow (1999),

como consequência normal da existência de uma conexão fortemente hierárquica, em organizações com elevado grau de complexidade, como é o caso das organizações prestadoras de serviços de Saúde.

Sintetizando, Fragata e Martins (2004) referem como requisitos para a fiabilidade a diversidade, a duplicação, a sobreposição e o repertório de respostas variadas e como requisitos para a eficiência a homogeneidade, a especialização, a não redundância e a estandardização. Advertem que práticas de gestão focadas na eficiência e mesmo as incluídas em processos de certificação de Qualidade, preservam, nessa perspectiva, a simplificação e as estruturas fortemente hierarquizadas, ignorando os problemas emergentes e complexos, incentivando rotinas estáveis, o que resulta na manutenção de um binómio (conexão fortemente hierárquica em organizações com elevado grau de complexidade), que nas organizações de Saúde, tende a ser disfuncional.

Síntese da secção: na prestação de serviços de Saúde, os requisitos para a fiabilidade devem-se equilibrar com os requisitos para eficiência, o que no caso em estudo, deve condicionar a avaliação da implementação do PGNC, procurando-se compreender se contribui para esse equilíbrio ou pelo menos não o corrompe. A forma de conseguir equilibrar previsibilidade e capacidade de aprendizagem com os erros, é a manutenção numa equipa confiante e com elevado espírito de equipa em que o erro seja percebido como oportunidade de melhoria. Assim sendo, para responder às questões de investigação é fundamental a avaliação destas dimensões na equipa de operacionais na Clínica. Além disso, é desejável avaliar na equipa da Clínica o grau de utilização individual e de grupo, dos processos que, segundo Weick e Sutcliffe (2001), condicionam o estado cognitivo que os autores refere por *mindfulness*. Segundo estes autores, esse estado cognitivo tem efeitos sobre o grau de detecção e subsequente análise de erros e falhas, o que condiciona o PGNC em estudo. Este procedimento, que visa a melhoria contínua, depende da detecção e do relato dos erros pelos operacionais, para o que é indispensável a existência de uma cultura favorável. É por isso fundamental, para responder às questões de investigação, avaliar se existe ou não na Clínica uma cultura de culpabilização e no caso afirmativo, compreender a que nível se formaram os respectivos pressupostos (i.e., nível individual, organizacional ou de grupo).

2.2.5. MOTIVAÇÃO/APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Os Sistemas de Gestão da Qualidade denominados por *Total Quality Management* (TQM), enquadrando uma filosofia e abordagem organizacionais em que, segundo Pires (2007), se incluem conceitos como o do completo envolvimento dos colaboradores, a aposta no desenvolvimento contínuo, a focalização no cliente e a completa colaboração com fornecedores clientes, de todos as soluções para a Gestão da Qualidade são aqueles que, pela sua orientação interna, podem contrariar a simplificação e a perversão das estruturas fortemente hierarquizadas, inerentes a sistemas de certificação de Qualidade, para as quais alertam Fragata e Martins (2004). No âmbito do presente estudo importa saber se o SGQ da Clínica onde a norma em implementação é a ISO 9001 detém o potencial atribuído às TQMs por Fragata e Martins (2004). Nessa perspectiva a investigação de Mukherjee *et al.* (1998), complementando o estudo qualitativo de Cole (1999) - que descreve o processo pelo qual as companhias americanas aprenderam a responder à ameaça competitiva das suas congéneres Japonesas em termos de Qualidade - contribui para relacionar as duas abordagens dos sistemas de Gestão da Qualidade (TQM e ISO) através das suas consequências em termos de aquisição, difusão e capitalização de conhecimento.

A referida investigação de Mukherjee *et al.* (1998), baseada no estudo exaustivo de 62 projectos de TQM, demonstra que a implementação de projectos TQM afecta a aprendizagem organizacional. Esta é definida, de acordo com Fiol e Lyles (1985) referidos por Lambert e Ouedraogo (2008), como “...os processos pelos quais as organizações melhoram as suas acções pela melhoria do conhecimento e da compreensão”. Mukherjee *et al.* (1998) distinguem três tipos de construtos associados à aprendizagem organizacional: aprendizagem operacional, aprendizagem conceptual e factor de abrangência. Kim (1993:40), citado por Lambert e Ouedraogo (2008), refere que a aprendizagem operacional corresponde à aquisição de *know-how* implicando “...a aptidão física necessária para realizar qualquer acção”(...); a aprendizagem conceptual é vista como o processo de “...aquisição de *know-why*, o que implica a capacidade de articular uma compreensão conceptual de uma experiência...”, e o último tipo, o factor de abrangência, é entendido como proporcionalmente relacionado com o grau da disseminação através da organização do conhecimento capitalizado durante a aprendizagem organizacional.

Os construtos de aprendizagem, de acordo com os resultados referidos por Mukherjee *et al* (1998), têm impacto na performance dos projectos.

Lambert e Ouedraogo (2008), procurando saber se o SGQ introduzido pelo sistema ISO internacional induz o mesmo tipo de dinâmica de aprendizagem que a identificada nos sistemas TQM por Mukherjee *et al.* (1998), basearam a sua análise na famosa sequência “Plan–Do–Check–Act” (Deming 1986), aplicada no âmbito do estudo como forma de articular as duas dimensões da aprendizagem individual, i.e. aprendizagem operacional e aprendizagem conceptual.

Lambert e Ouedraogo (2008) procuraram avaliar na sua amostra composta por 98 companhias Francesas do sector industrial, certificadas pela ISO 9001:2000, se os resultados obtidos por Mukherjee *et al.* (1998) no contexto das TQM poderiam ser aplicados a outras organizações certificadas pelas ISO 9001. Segundo estes autores, o interesse em abordar a aprendizagem organizacional através das normas ISO 9001 decorre do facto destas constituírem um instrumento de gestão do conhecimento através dos seus requisitos, nomeadamente os que determinam que os colaboradores explicitem o seus conhecimentos, retenham os melhores e os codifiquem. No entanto, segundo estes autores, uma vez que a sua implementação começa com a recolha e apropriação pela organização do conhecimento dos seus colaboradores, a sua codificação e finalmente a sua difusão por todos os seus membros, o primeiro impacto deste SGQ é redistribuir conhecimento após a sua codificação. Desta forma, a implementação dos sistemas ISO 9001 condiciona o conhecimento e a aprendizagem organizacional, como os TQM, mas fá-lo na direcção inversa (nos TQM a implementação começa com a partilha do conhecimento e das estratégias, os quais são aplicados e finalmente documentados). Os Sistemas de Gestão da Qualidade ISO 9001, contendo a essência da base documental organizacional, podem proporcionar-lhe uma função extra, isto é, a de contribuir para a gestão do conhecimento necessário para o seu desenvolvimento estratégico.

Concomitantemente, a aprendizagem da norma da Qualidade, implicando uma maior visibilidade das capacidades operacionais nos processos organizacionais, induz um segundo tipo, mais profundo, de perspectiva de aprendizagem, afectando o nível de aprendizagem conceptual. No entanto, esta passagem do primeiro nível de conhecimento para o segundo, não é, segundo os autores, garantido à partida. Na sua perspectiva, é precisamente esta

passagem que, na prática, distingue os SGQ, separando-os entre os ISO superficiais e burocráticos e os ISO que criam uma dinâmica de aprendizagem para a organização. A perspectiva destes autores é a de que as diferentes motivações para implementar as ISO 9001, entre outros factores, têm implicações na eficácia do sistema, causando impacto na aprendizagem.

Segundo os dados estatísticos referidos por Lambert e Ouedraogo (2008), nas organizações constantes da amostra, o primeiro objectivo a ser atingido pela implementação do SGQ ISO 9001 é a satisfação dos clientes, seguindo-se-lhe o objectivo de melhoria dos resultados financeiros. Assim sendo, aumentar a aprendizagem organizacional e a gestão do conhecimento não são preocupações sistemáticas durante a implementação das ISO 9001 ou mesmo das TQM.

Existem variadas razões pelas quais as organizações implementam as ISO 9001, mas de acordo com os autores, importa separar as organizações cuja decisão de implementação é voluntária, daquelas em que esta é forçada, isto é, imposta pela envolvente, pois as consequências para a eficácia do sistema e para a aprendizagem organizacional são substancialmente distintas.

Segundo os mesmos autores, quando a decisão é voluntária, a certificação em si é percebida como um subproduto do SGQ. Nessas circunstâncias, os actores questionam-se acerca da relevância interna da standardização e da validade interna das normas prevalentes, ocorrendo neste processo uma aprendizagem do tipo *double loop*. Argyris e Schon (1978) referem ocorrer este tipo de aprendizagem quando esta implica face ao erro, um questionamento quanto aos pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia. Os mesmos autores referem existir aprendizagem do tipo *single loop* quando a aprendizagem permite intervir no processo de correcção dos erros, sem questionar os conteúdos. O tipo de aprendizagem referido pelos autores como *deutero-learning*, ocorre quando os sujeitos aprendem a modificar e a melhorar a sua forma de aprender, desenvolvendo deste modo a capacidade e a dinâmica de prender a aprender.

No entanto, nos casos em que a decisão é forçada, por exemplo imposta por um cliente importante, a obtenção do certificado torna-se um objectivo em si mesmo, e a organização poderia gastar enormes somas financeiras ou desenvolver elevados reforços, sem

necessariamente obter ganhos em Qualidade dos produtos ou em melhores resultados. Nestes casos, ainda segundo Lambert e Ouedraogo (2008), na melhor das hipóteses a ISO 9001 é percebida como um constrangimento externo, cuja utilidade para a eficiência interna da organização é nula. Na pior das hipóteses é avaliada como uma arma usada pelo cliente ou outro qualquer impositor, sendo equiparada a uma ameaça de punição a aplicar a todos os que não esteja conforme os seus requisitos.

Assim sendo, Lambert e Ouedraogo (2008) separam três tipos de percepções da Qualidade presentes em organizações certificadas pelas ISO 9001, avaliadas estatisticamente por Boiral (2003) da seguinte forma: Integradores de Cerimónia (43%), Entusiastas da Qualidade (36%) e Dissidentes (21%). Os Integradores de Cerimónia acreditam que o sistema de implementação das ISO 9001 responde prioritariamente a preocupações externas, questionando por vezes a sua relevância interna. Os Entusiastas da Qualidade (grupo composto essencialmente por gestores da Qualidade), advogam que as ISO 9001 são mais do que um instrumento de marketing. Segundo eles o sistema tem múltiplas vantagens, como aumento da detecção dos erros, melhor serviço pós-vendas, melhorias na comunicação com os clientes e mais compreensão das suas necessidades. Os Dissidentes exprimem a sua desaprovação e mesmo oposição ao sistema, argumentando que a standardização tem alguns efeitos negativos nas práticas de gestão, fazendo-os sentir apertados numa espécie de “...colete de forças que restringe a sua operacionalidade...” (Boiral, 2003:728).

Estes autores referem ainda um estudo de Igalens (1998) para assinalarem que o desenvolvimento de práticas de gestão nas ISO 9001 está negativamente associado com o nível de mobilização de Recursos Humanos (RH), conforme percepção dos gestores de RH. Esta ideia tende a invalidar o habitual e famoso discurso de que a Qualidade satisfaz os colaboradores antes de satisfazer os clientes, questionando mesmo os benefícios intrínsecos deste sistema para as organizações certificadas.

Lambert e Ouedraogo (2008), pela análise de questionários colocados aos gestores da Qualidade de 98 empresas Francesas do sector industrial certificadas pela ISO 9001:2000, usaram a mesma metodologia de Mukherjee *et al* (1998) e procuraram avaliar se os resultados obtidos no contexto das TQM poderiam ser aplicados a outras organizações certificadas pelas ISO 9001, tendo concluído quanto à hipótese colocada de que os construtos da aprendizagem

organizacional são os mesmos nas organizações certificadas pelas ISO 9001 comparativamente com aquelas certificadas pelas TQM: o construto conceptual, o construto operacional e o construto de abrangência. No impacto de cada um dos construtos identificados na performance dos processos, os resultados obtidos demonstraram que a aprendizagem operacional é facilitadora do alcance dos objectivos de curto prazo, e que tanto a aprendizagem conceptual como a operacional são requisitos para a realização da performance a longo prazo.

Quanto ao terceiro construto, o de abrangência, ao contrário dos obtidos por Mukherjee *et al* (1998), os resultados não demonstraram o seu impacto directo na performance dos processos. A explicação para tal facto, de acordo com os autores, é que nas organizações certificadas pelas ISO 9001, os processos se encontram descritos e as relações e interacções entre eles especificadas no manual da Qualidade, constituindo um pré-requisito à certificação. Existe no entanto uma relação indirecta deste factor na performance, o que se deve ao facto dele facilitar a transferência para toda a organização do conhecimento operacional e conceptual criado localmente, condicionando desse modo a performance através da difusão do conhecimento.

As implicações destas conclusões para a Gestão da Qualidade, segundo Lambert e Ouedraogo (2008), são que os gestores devem desenvolver tanto a aprendizagem operacional como a conceptual, perspectivadas como essenciais à obtenção dos objectivos de curto e longo prazo dos processos e das suas organizações; e que após a criação de conhecimento, é necessário um contexto favorável à sua difusão. A interacção entre processos específicos, e o processo de comunicação formal, por exemplo através de comités ou clubes de transferência de conhecimento, podem favorecer a partilha do conhecimento. Pela criação de processos transfuncionais e pelo desenvolvimento de interacções entre eles, os gestores podem criar o contexto e a estrutura apropriados à difusão e transferência de conhecimento. Assim sendo, a abordagem organizacional dos processos, por exemplo através da constituição de equipas de projecto, constitui uma ferramenta eficaz numa perspectiva de transferência de conhecimento.

Síntese da secção: a abordagem TQM da Gestão da Qualidade, pode contribuir para contrariar a simplificação e a perversão das estruturas fortemente hierarquizadas, inerentes a sistemas de certificação de Qualidade, para as quais alertam Fragata e Martins (2004). Os estudos citados

nesta secção indiciam existir nos SGQ referenciados às normas ISO 9001, o mesmo tipo de aprendizagem organizacional envolvido nos de TQM o que justifica no presente caso em estudo, a procura na Clínica de indícios da relação entre o conhecimento capitalizado no SGQ e os dois tipos referidos de AO, isto é, aprendizagem operacional e aprendizagem conceptual, justificando-se também avaliar a existência de um contexto favorável à difusão dos dois tipos respectivos de conhecimento pela organização. Os dados disponibilizados nesta secção por Lambert e Ouedraogo (2008) permitem relacionar as diferentes motivações para implementar as ISO 9001 com a eficácia do SGQ, o que tem impacto na aprendizagem. Na perspectiva dos referidos autores, quando a decisão de implementação é voluntária, a certificação em si é percebida como um subproduto do SGQ. Nessas circunstâncias as pessoas experimentam um processo cognitivo que resulta na passagem do nível operacional da aprendizagem para o respectivo nível conceptual. Assim sendo, a questão da motivação dos colaboradores para a implementação do SGQ da Clínica, e a tipologia da aprendizagem respectiva, devem ser factores a avaliar na Clínica. Finalmente, tendo os estudos nesta secção referido como essencial à eficácia dos SGQ a disseminação do conhecimento pela organização o que pode ser feito no âmbito de, por exemplo, equipas de projecto, importa enquadrar esta questão na presente análise avaliando na Clínica o respectivo impacto na implementação do PGNC.

2.2.6. LIDERANÇA

Um projecto tem início com o estabelecimento de um objectivo e com a decisão humana de o atingir, e termina com o cumprimento do referido objectivo.

Conforme já referido neste texto, as pessoas guiam as suas práticas por um conjunto próprio de valores que decorrem de pressupostos mais profundos. Isto é seguramente verdadeiro e, segundo Quinn *et al.* (2007), aplica-se criteriosamente à liderança em Gestão. Por vezes são estes pressupostos que dificultam a implementação de projectos tanto no curto como no longo termo. Por outro lado, a conceptualização das práticas (artefactos) como decorrentes de pressupostos originados no nível mais profundo dos indivíduos, parecendo lógica e evidente quando vista de fora por terceiros, é de difícil reconhecimento pelo próprio no decurso dos seus próprios projectos.

Segundo Quinn *et al.* (2007), na perspectiva do auto-conhecimento do líder e de empatia com os outros, a dificuldade de auto-reconhecer os referidos pressupostos constitui uma importante

limitação com impacto na vida de muitas pessoas (incluindo o próprio e os seus familiares) e da própria organização.

Quinn *et al* (2007) referem que os referidos pressupostos condicionam o que habitualmente se chama de modelos de liderança, isto é, as crenças de como um líder de sucesso deve actuar. Os modelos adoptados individualmente frequentemente reflectem as tendências e os modelos da sociedade.

À medida que a sociedade evolui, os modelos de gestão evoluem também e, de forma dinâmica, incorporam as novas experiências dos seus destinatários, os gestores, assim como de todo o mundo académico que sobre eles reflecte. Tal não significa que a cada novo modelo se abandonem os anteriores. Quinn *et al.* (2007) alertam para que as pessoas se apegam a pressupostos originados em modelos anteriores, condicionando desta forma as suas decisões a referências por vezes já desactualizadas. Os autores baseiam-se no trabalho histórico de Mirvis (1985) para retratarem o século vinte em termos de modelos de gestão optando, para simplificar, por o dividirem em períodos de 25 anos:

1900-1925 – Emergência do modelo dos objectivos racionais também denominado de “modelo de mercado” e do modelo processos internos.

1926-1950 - Emergência do modelo das relações humanas;

1951- 1975 - Emergência dos modelo dos sistemas abertos.

1976 – ACTUALIDADE – Emergência de pressupostos “*Both-And*”.

Num mundo de crescente complexidade e mudanças, não se confia em soluções simples. Nenhum dos quatro modelos de gestão oferece suficiente resposta. Por vezes é necessária estabilidade, outras vezes mudança e frequentemente ambas. Assim sendo, a solução foi abandonar a concepção de um modelo de gestão exclusivo e desenvolver uma abordagem integradora baseada no que Quinn *et al.* (2007) nomeiam de pressupostos “*Both-And*” (ver figura seguinte).

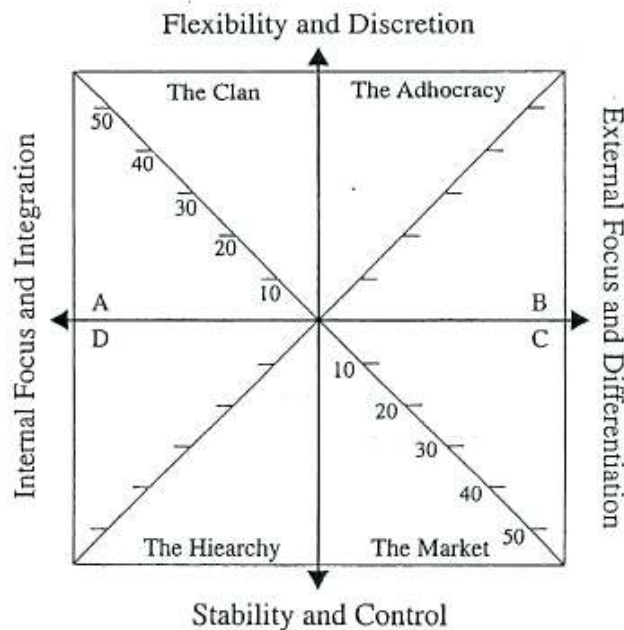


Figura 6: *Competing Values Framework*

Fonte: Quinn *et al* (2007)

Esta abordagem, em que os quatro modelos descritos se entre-seccionam, é conhecida por *Competing Values Framework* (CVF) ou Modelo dos Valores Contrastantes (figura 6). A CVF nasceu no âmbito de estudos de eficácia organizacional em 1983, e só mais tarde foi adaptada dos modelos de gestão. O modelo não sugere que os valores contrastantes não possam coexistir num sistema ou situação real. Sugere no entanto, que os seus diferentes critérios, valores e pressupostos se situam em extremos opostos no nosso pensamento promovendo a sua conceptualização como mutuamente exclusivos. Isto é, assumimos que não podemos deter dois opostos simultaneamente. E mais, ao valorizarmos um acima de outro, tendemos a desvalorizar e descontar o segundo.

Quinn *et al.* (2007) propõem exactamente o oposto, isto é, que é não só possível como desejável, desempenhar com eficácia simultaneamente os quatro modelos referenciados abaixo (tabela 8). Os líderes para serem eficazes no longo prazo devem ser capazes de desempenhar regularmente todos os papéis: Colaborando, Controlando, Competindo e Criando.

Para atingir tal objectivo propõem três desafios:

1. Levar em consideração as mais-valias e as fraquezas de cada um dos quatro modelos;
2. Adquirir e utilizar as competências associadas com cada modelo;
3. Integrar de forma dinâmica as competências respectivas em situações emergentes de gestão.



	Modelo das Relações Humanas (clã)	Modelo dos Processos Internos (Hierarquia)	Modelo dos Sistemas abertos (Adhocracia)	Modelo de Mercado
Símbolo	O			\$
Crítérios de sucesso	Empenhamento, coesão, moral	Estabilidade, Continuidade	Adaptabilidade, apoio externo	Produtividade e lucro
Estilo de Gestão	Participação, resolução de conflitos e estabelecimento de consenso	Controle, definição de responsabilidades, medição, documentação	Adaptação política, resolução criativa de problemas, inovação, gestão da mudança	Estabelecimento de objectivos, análise racional e de tomada de acção.
Princípio organizacional	Envolvimento conduz a empenhamento	Autoridade e direcção resulta em maior produtividade	A contínua adaptação e a inovação conduzem à obtenção e manutenção de recursos externos	A existência de orientação precisa resulta em ganhos de produtividade
Características dominantes	Colaborar	Controle	Criar	Competir
Clima Organizacional	Orientação para a equipa	Hierárquico	Inovação, flexibilidade	Racionalização económica
Papel do Líder	Mentor / facilitador	Técnico especialista, monitor e coordenador	Inovador / <i>broker</i> politicamente astuto	Director / Produtor;

Tabela 8: Características dos modelos de gestão da CVF

Fonte: Quinn *et al.* (2007)

Attingir o objectivo nº 1 significa que a pessoa aprendeu alguma coisa ao nível conceptual, aumentando nesse processo a sua complexidade cognitiva numa perspectiva de liderança de gestão. Mas, segundo os mesmos autores, o conhecimento não é suficiente. Só ao attingir resultados nos objectivos 2 e 3 a pessoa atinge a complexidade comportamental, conceito empregue para reflectir a capacidade individual para se apoiar e empregar comportamentos e

competências provenientes de diferentes modelos referida por Hooijberg e Quinn, (1992:164) como “...a capacidade de desempenhar uma estratégia cognitiva complexa, desempenhando múltiplos, por vezes competitivos papéis, de forma altamente complementar e integrada...”, Quinn *et al.* (2007) referem múltiplos estudos que demonstraram a ligação entre a complexidade comportamental e a performance eficaz. Os referidos estudos obtiveram esses resultados independentemente da dimensão organizacional, sendo os resultados replicados em diferentes envolventes. Apontam como exemplo o estudo de Denison *et al.* (1995), envolvendo gestores intermédios de uma companhia do “Fortune 100”, em que a avaliação dos subordinados revelou que a complexidade comportamental estava relacionada com a eficácia geral de gestão do líder, referindo ainda um estudo semelhante em que a complexidade comportamental foi relacionada com o desempenho de liderança, o carisma e o potencial de realizar melhoria dos processos organizacionais.

Síntese da secção: Quinn *et al.* (2007) referem a existência de pressupostos de como um líder deve actuar que são por vezes inacessíveis ao próprio e que condicionam a sua escolha por comportamentos inspirados nos modelos de referência da época. Na complexidade do mundo actual em constante mudança, os referidos autores propõem abandonar a concepção de um modelo exclusivo de gestão e substituí-la por uma abordagem do tipo “*both-and*”, enquadrada pelo *Competing Values Framework*, isto é, sugerem que é não só possível como desejável, desempenhar com eficácia simultaneamente os quatro modelos do CVF. Os líderes para serem eficazes no longo prazo devem ser capazes de desempenhar regularmente todos os papéis: Colaborando, Controlando, Competindo e Criando. Assim, as questões a investigar na Clínica são: quais, na perspectiva dos colaboradores, são os modelos de gestão em presença, procurando situar a cultura de gestão na Clínica em função dos quatro tipos culturais do modelo CVF e objectivando deste modo compreender de que forma o modelo cultural adoptado se relaciona com a aprendizagem organizacional, e qual o respectivo impacto na implementação do PGNC? Qual a relação do papel da líder (perspectiva da sua actuação e do nível de complexidade comportamental envolvido) com as questões da investigação?

Síntese do capítulo: num enquadramento macro-económico de crise Global, a Clínica iniciou um processo de mudança, concretizado na implementação dum SGQ do qual faz parte o

procedimento em análise no presente estudo, o PGNC. Para orientar a investigação das percepções dos colaboradores da Clínica procurando resposta para as duas questões em investigação, isto é, saber quais os factores facilitadores/ inibidores da implementação do PGNC, após revisão da literatura relacionada importa realçar:

- SGQ (referencial normativo ISO 9001/2008): a revisão da literatura relacionada com a Gestão da Qualidade confirmou a adequabilidade do referencial escolhido na Clínica ao sector de actividade e ao estado-da-arte dos SGQ.
- Factores inibidores/facilitadores: durante a revisão da literatura relacionada surgiram as seguintes questões que, por constituírem factores críticos de sucesso de implementações como a do PGNC em análise, iremos investigar na Clínica:
 - Cultura organizacional e aprendizagem: avaliar modelo de gestão e relações entre cultura e aprendizagem organizacional.
 - Fiabilidade/Eficiência: avaliar balanço entre os requisitos para a fiabilidade e os requisitos para a eficiência, avaliar espírito de equipa e posicionamento face ao erro, avaliar o grau de existência na equipa dos processos condicionantes do estado cognitivo existentes nas HROs, avaliar a presença de cultura de culpabilização.
 - Motivação/Aprendizagem Organizacional: avaliar a relação existente na Clínica entre o conhecimento capitalizado no SGQ e os dois tipos referidos de AO, investigar existência dum contexto favorável à difusão pela Clínica do conhecimento capitalizado no SGQ, avaliar motivação dos colaboradores da Clínica para a implementação do SGQ e a respectiva tipologia da aprendizagem envolvida.
 - Liderança: avaliar comportamentos empresariais da liderança na perspectiva do próprio e na perspectiva dos elementos da equipa; avaliar cultura de equipa.

3. METODOLOGIA

3.1. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Na tentativa de compreender a situação actual e encontrar resposta para as questões em estudo, optou-se por uma estratégia de investigação do tipo estudo de caso, visando identificar na unidade em análise as condicionantes da eficácia na implementação na Clínica do Procedimento de Gestão de Não Conformidades (PGNC) do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

Segundo refere Yin (2005:26), “O estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes.” De acordo com Yin (1984:23), citado por Reto e Nunes (1999) o estudo de caso “é um trabalho empírico que investiga fenómenos contemporâneos no seu contexto real, aplica-se quando as fronteiras entre o fenómeno e o seu contexto não são evidentes e recorre a múltiplas fontes de evidências”.

No que diz respeito às técnicas de recolha de dados, elegeram-se como fontes de dados os questionários e o *focus group*. Os documentos internos foram também usados como fonte de informação pertinente na caracterização da organização em estudo. Aos questionários foi exigido que cumprissem duas condições: o reconhecimento pela comunidade científica como instrumento válido e adequabilidade à avaliação das condicionantes encontradas durante a revisão da teoria. Procurando simultaneamente tirar partido de o que Yin (2005:27) refere como o poder diferenciador do estudo de caso, isto é, “...a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefactos, entrevistas e observações -”, constituiu-se um *focus group* com a participação dos principais actores no procedimento em análise.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

3.2.1. ACTIVIDADE ECONÓMICA

A Clínica de Imagiologia Dr. Krug de Noronha dedica-se, desde a sua fundação, em 1969, à realização de exames de Imagiologia Médica, sendo esse o seu principal ramo de actividade. A clínica, que se mantém desde o seu início como uma entidade de capitais exclusivamente

privados, alargou em 2000 a sua área de actividade a outras valências de diagnóstico médico, designadamente nas áreas de Análises Clínicas, Cardiologia, Gastrenterologia e Cirurgia Vascular. No final do ano 2007 iniciou igualmente a prestação de serviços de consultas clínicas.

A Clínica funciona de 2ª a 6ª Feira entre as 8:00 e as 20:00 horas e ao Sábado das 8:00 às 13:00 horas, sendo realizados por dia cerca de 400 exames complementares de diagnóstico, tais como: Radiologia Convencional, Radiologia Dentária, Mamografia, Tomografia Computorizada Multicorte, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Ultrassonografia, Provas Funcionais Respiratórias, Ecocardiografia, Electrocardiografia, Colonoscopia e Endoscopia Digestiva Alta, Análises clínicas e Citologias.

O espaço onde a Clínica desenvolve a sua actividade localiza-se no centro da cidade do Porto, na Rua da Constituição, numa área de cerca de 1200 metros quadrados. A localização central da Clínica favorece acesso às populações do Grande Porto, dos concelhos limítrofes e de toda a região norte de Portugal. A região do grande Porto ocupa uma área de 817 km² onde vive uma população de características urbanas, com uma concentração de 6,5 médicos por 1000 habitantes segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009). A população do grande Porto cujo número registado no último censo é de 1260680, é servida por 30 hospitais e 25 centros de Saúde (INE 2009).

No que respeita a prestadores de cuidados de Saúde na valência da Imagiologia médica, conforme registo no portal de internet da Entidade Reguladora da Saúde, há no Grande Porto um total de 61 organizações (ERS, 2009).

3.2.2. MISSÃO, VISÃO, VALORES, ESTRATÉGIA.

A missão da organização é prestar serviços de Saúde à comunidade numa perspectiva de Qualidade, procurando através da máxima eficiência, ser dinâmico e eficaz na antecipação e no alcance das máximas expectativas dos utentes, indo assim também ao encontro das expectativas de todos os stakeholders (Clínica Krug Noronha, 2010).

A visão é ser uma clínica de referência na área metropolitana do Porto, apostando para tal em serviços de Saúde de elevado cariz humano ao encontro das mais específicas necessidades e expectativas dos utentes e colaboradores, usando e desenvolvendo os recursos humanos,

materiais e tecnológicos, de forma a ser em cada momento um servidor e um parceiro de primeira escolha, tanto externa como internamente.

Os valores da organização são a Humildade, a Confiança, a Ética, a Integridade, a Iniciativa, a Inovação, a Focalização no utente/cliente, a Empatia e a Responsabilidade Social.

De acordo com documentos internos, a estratégia da organização está baseada nos seguintes aspectos (Clínica Krug Noronha, 2009):

- Sustentabilidade: Garantir o crescimento e o desenvolvimento organizacional pela geração de sinergias no estabelecimento de parcerias em rede obtendo dessa forma mais-valias financeiras; diversificação de actividades através da oferta de serviços complementares à saúde num conceito de soluções ou “pacotes” de serviços (clínica–spa); optimização das tecnologias de informação como forma racionalização dos recursos.
- Serviço: Focalização no utente numa óptica de Marketing Relacional (identificar–interagir–diferenciar–personalizar).
- Processos: Agilização, eficiência e eficácia numa perspectiva de prossecução da Qualidade Total ou excelência.
- Aprendizagem e desenvolvimento: Formação contínua dos colaboradores internos; criação de parcerias com Universidades e organizações tidas como referência em áreas chave de actividade académica e profissional; participação em reuniões entre pares.

3.2.3. PRINCIPAIS MARCOS DA HISTÓRIA ORGANIZACIONAL

A Clínica foi concebida pelo seu sócio-fundador, médico radiologista, na cidade do Lobito, em Angola, no ano de 1969. Em 1976 deslocalizou-se para a cidade do Porto, em Portugal, onde permanece.

A Organização começou por realizar exames de Radiologia Convencional e Radiologia Dentária. O âmbito da sua intervenção clínica foi alargado em 1984, após introdução da Mamografia e Ecografia. Mais tarde, em 1993, foi adquirido o primeiro aparelho de Tomografia Computorizada e, em 2000, de Ressonância Magnética.

Um dos marcos históricos foi a introdução, em 1997, da digitalização de imagem como sistema de registo de exames. A Clínica foi pioneira neste processo, estabelecendo a sua primeira grande parceria estratégica com a organização multinacional que lhe vendeu o sistema.

3.2.4. VALÊNCIAS DA ORGANIZAÇÃO

Quanto à actividade clínica, a Organização engloba as seguintes valências: Imagiologia, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Gastrenterologia, Pneumologia e Alergologia Respiratória, Psicologia e Psicopedagogia, Ortopedia e Análises Clínicas.

Quanto à dimensão da Organização e do respectivo sector de actividade, a Clínica é uma organização que atingiu no triénio 2007-2009, um volume de negócio médio anual de cerca de três milhões de euros. Está inserida num segmento de mercado de prestadores de serviços de Saúde de elevado cariz competitivo, na zona norte de Portugal que detém, segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS 2009), um dos maiores índices de concentração de equipamentos de imagiologia médica por habitante, nomeadamente nas valências de Tomografia Computorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) (ERS 2009).

3.2.5. ENVOLVENTE ORGANIZACIONAL

A envolvente da Organização integra vários elementos, destacando-se os seguintes:

- Utentes / Prescritores

A Clínica presta serviços a três tipos de utentes distribuídos entre utentes convencionados do sector público, isto é, Serviço Nacional de Saúde (SNS), Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS) e Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), a utentes convencionados do sector privado ou semi-privado, isto é, seguradoras, hospitais empresas, grandes empresas, policlínicas, etc., e por último a utentes privados (anexo I).

- Fornecedores:

Os principais fornecedores são empresas de equipamentos de Imagiologia, de suporte informático e farmacêuticas, com os quais a Clínica privilegia o estabelecimento de parcerias estáveis (anexo II).

➤ Universidades:

A Organização tem protocolos definidos com as universidades do Porto e de Aveiro, com as quais coopera na formação de técnicos de Imagiologia, proporcionando aos seus alunos estágios curriculares, e com o Instituto Politécnico de Bragança, cooperando em projectos comuns de investigação no âmbito da Engenharia Biomédica.

➤ Entidades reguladoras:

Num sector de actividade onde são todos os dias questionados valores humanos essenciais como vida / morte, autonomia / limitação, e em que o universo das organizações com SGQ certificado ou acreditado é relativamente pequena, o papel das entidades de regulação / supervisão reveste-se de enorme importância. As principais entidades são: Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o Instituto de Gestão de Actividades da Saúde (IGAS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Ordem dos Médicos (OM).

A ERS “é uma entidade de regulação e supervisão do sector da prestação de cuidados de Saúde, independente no exercício das suas funções, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de Saúde, à observância dos níveis de Qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes” (ERS, 2010). O IGAS tem por objecto “assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de Saúde, quer pelos organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades públicas, privadas ou do sector social” (IGAS, 2010). A ACSS visa “assegurar o desenvolvimento dos sistemas de avaliação de serviços no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, coordenar e controlar a sua aplicação e exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas na lei sobre esta matéria.” (ACSS 2010). A OM é uma associação profissional com competência para actuar como entidade disciplinadora do exercício da profissão médica, conforme o disposto no preâmbulo do Decreto-lei nº 282/77 de 5/7, que aprova o Estatuto da Ordem dos Médicos.

3.2.6. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Em termos de organização do trabalho a Clínica enquadra-se no que Mintzberg (2004) classifica por ‘burocracia profissional’. Trabalham na clínica cerca de setenta pessoas que se organizam conforme o organograma da Clínica (anexo III), da seguinte forma:

Linha da frente: Composta por recepcionistas, assistentes de sala, técnicos de radiologia, cardiopneumologia e análises clínicas, psicóloga, médicos radiologistas, cardiologistas, pneumologistas, gastroenterologistas, anestesistas e cirurgiões vasculares, colaboradores da entrega de exames.

Linha hierárquica: Composta pelo director clínico e pelo técnico coordenador.

Tecnoestrutura: Composta por um elemento com funções de planificação da produção e análise financeira e pelo pessoal administrativo da tecnoestrutura, que engloba três elementos.

Pessoal de apoio: Composta pelo serviço de marketing e comunicação, pelo serviço de recursos humanos, pelo serviço de correio, pela cantina, pelo responsável pela definição de preços e pelo processamento de salários, pelo motorista e pelo estafeta. A lavandaria, o departamento jurídico e a contabilidade são serviços prestados em regime de *out sourcing*.

Vértice Estratégico: Corresponde ao conselho de administração, composto por 4 membros.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A decisão de implementar um Sistema de Gestão da Qualidade na Clínica foi tomada pelo seu conselho de administração em 2008. Esta decisão enquadrou-se no âmbito da política e estratégia organizacional, objectivando aumentar a eficiência dos procedimentos de gestão e a melhoria do posicionamento da Organização na envolvente. Neste contexto foi escolhido o Sistema de Gestão da Qualidade referenciado à NP EN ISO 9001:2008, o qual foi avaliado após consulta de personalidades de referência na área da Qualidade (Dra. Filipa Homem Christo e Dr. Luís Pisco) como o SGQ mais adequado para o sector de actividade económica da Saúde.

Foi feita uma consulta ao mercado para avaliação e selecção de uma empresa de consultadoria que assessorasse a Clínica no processo de implementação e certificação do SGQ seleccionado.

Contactaram-se as seguintes empresas: *Invest Sustainable Business Solutions*; *EuroSymbiose*; *Business Unlimited, Lda.*; e *Best Salus*. Após análise das respectivas propostas a Clínica contratualizou a prestação do serviço pretendido com a organização *Business Unlimited, Lda.*. Os principais factores que suportaram esta decisão foram os seguintes:

- Experiência comprovada da equipa de consultores - superior a 10 anos na consultadoria e implementação de Sistemas de Qualidade, incluindo unidades de Saúde.
- Os consultores serem simultaneamente técnicos de Saúde.
- A consultora principal ser auditora Europeia e formadora certificada, acreditada internacionalmente em *Coaching e Business Coaching*.
- Equipa referenciada pela Dra. Filipa Homem Christo – personalidade responsável pela implementação de programas governamentais de Qualidade na área da Saúde.

Após uma avaliação através de análise de entrevistas com os colaboradores da Clínica, a *Business Unlimited, Lda.* elaborou o Relatório de Diagnóstico Inicial (anexo IV). Conforme aí sugerido foram seleccionados os seguintes processos a constituir o Sistema de Gestão da Qualidade da Clínica:

- PROCESSO DE GESTÃO ESTRATÉGICA – Processo Orientador.
- PROCESSO TÉCNICO – Processo da Cadeia de Valor.
- PROCESSO DE GESTÃO DE RECURSOS – Processo de Suporte.

No âmbito do SGQ foram nomeados colaboradores responsáveis na Clínica pela gestão de cada um dos processos. Foi igualmente nomeado um Coordenador do Sistema Gestão Qualidade (CSGQ).

A metodologia de acção escolhida baseou-se nos seguintes princípios:

- Realização das sessões de trabalho, elaboração de um relatório de sessão, descritivo de todas as tarefas realizadas, assinado pelo CSGQ e pelo(s) consultor(es).

- Elaboração de uma lista de tarefas para atribuição de prazos e responsabilidades para a realização de cada actividade necessária.

A primeira sessão de trabalho foi constituída por uma acção de formação sobre o projecto e transmissão da informação básica sobre o referencial normativo NP EN ISO 9001:2008, a todos os colaboradores identificados pela Clínica.

As sessões de trabalho incluíram, tipicamente, levantamento de informação, realização / apoio à realização de actividades, elaboração de documentação, tomada de decisões e formação.

Actualmente a equipa está a preparar a auditoria interna, que se deverá ocorrer durante o ano 2010.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

As técnicas de recolha de dados utilizadas foram essencialmente a análise documental, o questionário e a entrevista.

Metodologicamente a presente investigação enquadra-se no que Bryman (2008:28) refere por “investigação de metodologia mista”. Por um lado procurou-se obter dados quantitativos, para o que se aplicaram questionários fechados. Por outro lado, tendo em conta o facto de as perguntas do questionário serem fechadas, usou-se o *focus group* como um instrumento complementar ao questionário, na medida em que permite captar *in loco* as percepções dos agentes.

3.4.1. QUESTIONÁRIOS

Caracterização da amostra:

Responderam aos questionários a totalidade dos técnicos do departamento de radiologia da Clínica (tabela 9). Os critérios de escolha desta equipa como amostra foram a sua centralidade no Processo Técnico, identificado no SGQ como o processo da Cadeia de Valor da Clínica, e o facto de a equipa pertencer à gestão de operações (primeira linha), que conforme já anteriormente referido neste texto, nas organizações de elevada fiabilidade é condição essencial ao processo de avaliação e reformulação de tudo o que possa contribuir para falhas e imperfeições.

Escalão etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Habilitações literárias
20-30 ANOS	2	2	Licenciatura
30-40 ANOS	1		Licenciatura
40-50 ANOS		2	12º Ano + curso de especialização

Tabela 9: Características da amostra (questionários)

Fonte: elaboração própria.

Desenho dos questionários:

Os questionários empregues disponibilizados ao investigador no âmbito do Mestrado em Serviços de Saúde do Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE 2007), foram seleccionados considerando a sua adequabilidade às questões do presente estudo e aos factores avaliados como críticos de sucesso em acções semelhantes, referenciados durante a investigação teórica desenvolvida no capítulo 2. Os documentos entregues aos elementos da amostra, eram cópias dos questionários originais ou das adaptações, sendo a sua validação da responsabilidade dos seus autores.

Implementação:

Uma vez que se aplicaram questionários já previamente validados pelos seus autores aos quais o investigador não fez qualquer alteração, optou-se por não recorrer a questionário piloto. Os técnicos do serviço de radiologia da Clínica, receberam um envelope fechado contendo os questionários impressos em papel e previamente identificados através de um número de ordem distintivo. Para assegurar a confidencialidade o investigador não teve acesso aos números de ordem.

Foi solicitado a todos a resposta anónima e confidencial a todas as questões por escrito. De forma de assegurar o anonimato foi criado um depósito para as respostas.

Limitações:

O facto de o investigador ser um membro da Organização e hierarquicamente responsável pela equipa que respondeu aos questionários poderia, caso não fosse garantido o anonimato dos participantes, constituir uma limitação à confidencialidade, agravada pelo facto de na facha etária dos 30-40 anos só existir um elemento do sexo masculino. O facto de em nenhum dos questionário empregues existir qualquer questão que permitisse a identificação pelo género do respondente garante que foi preservado o anonimato deste elemento.

Foram validadas a totalidade das respostas aos seguintes questionários:

- AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO

Este questionário adaptado de *Organizational Culture Assessment Instrument*, ferramenta elaborada por Quinn (1998:144-147),) aplicada ao diagnóstico da cultura organizacional, tem a sua base teórica no *Competing Values Framework* (CVF).

O CVF quando aplicado à análise da eficácia organizacional procura enquadrar as práticas, valores e os pressupostos da cultura de gestão, os quais segundo esse modelo destacam diferentes critérios de sucesso, estilos de gestão princípios organizacionais, características dominantes, climas organizacionais e papéis da liderança, ajustados de acordo com cada um dos tipos de cultura conforme estão esquematizados acima (tabela 8). Conforme referido na síntese da respectiva secção, o objectivo deste questionário no âmbito da presente investigação é situar a cultura de gestão da Clínica em cada um dos quadrantes do modelo CVF, procurando deste modo compreender de que forma o modelo cultural adoptado se relaciona com a aprendizagem organizacional.

- AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS EMPRESARIAIS

Questionário adaptado de Quinn, (1998:127-130). É composto por duas partes, a auto-avaliação do líder (anexo VI) e a avaliação deste pelos seus subordinados (anexo VII), avaliação em espelho que se espera contribuir para realizar uma análise mais objectiva.

A avaliação dos comportamentos empresariais do líder é, na perspectiva de Flamholtz e Randle (1987), um dos factores de sucesso na liderança de equipas, uma vez que o objectivo do “jogo da liderança” é utilizar recursos humanos e materiais para atingir determinados objectivos desejados pela organização. Sendo o objectivo do corrente estudo a implementação

do PGNC, percebido na Clínica como essencial à sustentabilidade do SGQ, espera-se que a avaliação do líder da equipa de radiologia contribua com dados essenciais, uma vez que por acumulação de funções se trata do mesmo líder do SGQ.

Na análise, pretendeu-se aferir quais os comportamentos do líder na gestão dos recursos da organização se enquadram em cada um dos papéis de liderança segundo o modelo dos valores contrastantes (Mentor, Inovador, Intermediário, Produtor, Director, Coordenador, Monitor, Facilitador). O objectivo foi situar o papel da liderança entre modelo de gestão organizacional e a estratégia de implementação do SGQ.

- DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE EQUIPA

Com o objectivo de conhecer a cultura da equipa de trabalho aplicamos o questionário adaptado de Blake *et al.* (1988) (anexo VIII), aos membros da equipa do serviço de radiologia da Clínica. O objectivo mais lato desta análise é conhecer em que proporção se combinam na cultura de equipa o interesse pelo factor humano e o interesse pelos resultados. Conforme já referido, a forma de conseguir equilibrar previsibilidade e a capacidade de aprendizagem com os erros é a manutenção de uma equipa confiante e com elevado espírito de equipa factores que dependendo da cultura de equipa iremos avaliar detalhadamente nesta análise.

- *COMMITMENT*

O conceito alargado de *Commitment*, significando cometimento, empenhamento, ligação, envolvimento, engloba todo tipo de percepção, atitude estratégica e comportamento organizacional, que o colaborador consciente ou inconscientemente escolhe, dependendo do seu tipo de ligação à organização, como forma de se posicionar na organização e no mercado de trabalho envolvente.

Do ponto de vista dos seus autores (Meyer e Allen, 1997), este questionário (anexo IX), visa caracterizar o tipo de ligação do colaborador com a organização, o seu posicionamento, e a sua decisão de permanência ou saída (interna ou externa).

Os referidos autores distinguem três estados psicológicos:

- *Commitment* afectivo (CA): decorrente de vivências organizacionais consistentes com as expectativas individuais do colaborador, depende da percepção do seu valor pessoal, da política e da prática de gestão de recursos humanos e condiciona de forma positiva a sua performance no trabalho e comportamento de cidadania organizacional;
- *Commitment* de continuidade (CC): presume-se que se desenvolva quando os colaboradores reconhecem que acumularam investimentos que perderão se abandonarem a organização, ou se as alternativas no mercado envolvente forem percebidas como restritas em termos de empregabilidade;
- *Commitment* normativo (CN): resultado da socialização das experiências que criam no colaborador uma obrigação de reciprocidade, concretizável através da sua permanência (percebida como uma obrigação de retribuição pelo investimento realizado pela organização no colaborador, também decorre dos benefícios auferidos por este como retribuição pela sua colaboração).

Importa referir que as três formas de *Comitment* deverão estar associadas negativamente com o *turnover*, sendo de esperar do *Comitment* afectivo e em menor grau do normativo consequentes repercussões positivas na performance. Do *Comitment* de continuação espera-se não relação ou relação negativa com essa variável.

O objectivo desta análise é conhecer a distribuição dos três tipos de estado psicológico na equipa dos técnicos de radiologia, avaliar a sua relação com o projecto de implementação do PGNC, e integrar estes dados no presente estudo.

- HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS

Submetemos a equipa dos técnicos de radiologia ao questionário HRO adaptado de Weick e Sutcliffe (1999) (anexo X), visando avaliar a presença na equipa das condições avaliadas como determinantes da segurança nas referidas organizações de elevada fiabilidade. Compreender a dinâmica e os limites na referida equipa, da relação entre a aprendizagem e a fiabilidade organizacional, pela sua relação com a melhoria contínua e o PGNC em implementação na Clínica, foi outro dos objectivos a atingir com esta análise.

3.4.2. FOCUS GROUP

Caracterização da amostra:

Para selecção do grupo caracterizado na tabela seguinte, o critério de inclusão foi a comprovada participação individual na implementação do SGQ/PGNC.

NOME	GENERO	FACHA ETÁRIA	GRAU ACADÉMICO	FUNÇÃO ORGANIZACIONAL	PAPEL NO SGQ E NO PGNC	PAPEL NO GRUPO
S. C.	Feminino	30 – 40	Licenciatura	Psicóloga	Inexistente	Relatora
J. N.	Masculino	40 - 50	Licenciatura	Gerente	Coordenador do Sistema de Gestão da Qualidade	Moderador
A. B.	Feminino	30 - 40	10º Ano	Administrativa	Co-gestora e formadora do PG NC	Participante
C. C.	Feminino	40 - 50	9º Ano	Administrativa	Gestão documental	Participante
F. D.	Feminino	20 - 30	Licenciatura	Técnica de Radiologia	Co-gestora e formadora do PGNC	Participante
L. C.	Feminino	30 - 40	Licenciatura	Directora Comercial	Responsável processamento de reclamações de clientes	Participante
J. P.	Feminino	20 - 30	12º Ano	Delegada Comercial	Reporte de entradas no Modelo 10, formadora do P. G. N. C.	Participante
S. G.	Feminino	30-40	12º Ano	Administrativa	Gestão documental	Participante

Tabela 10: Características dos elementos do Focus Group

Fonte: elaboração própria

Da observação da composição do grupo destaca-se uma multiplicidade de funções organizacionais e respectiva diversidade de papéis na implementação do SGQ e PGNC. Tal favorece a diversidade de percepções, indo ao encontro dos objectivos desta análise.

Perspectivar a experiência individual dos actores sobre as condicionantes da implementação do PGNC na Clínica, é uma forma de garantir objectividade e coerência à avaliação que se pretende fazer no presente projecto. Ao enquadrar a implementação em análise numa das múltiplas bases conceptuais de referência, importa identificar elementos de integração, i.e. os indivíduos, avaliando deste modo, a sua experiência sobre os requisitos e os resultados deste processo. Por outro lado, ponderar o papel dos indivíduos da Organização, nomeadamente o de executores de qualquer tipo de tarefa no âmbito do PGNC, promovendo o ajuste à realidade individual, irá contribuir para o aumento de eficácia e respectiva operacionalidade.

O *focus group* é uma técnica de recolha de dados que se caracteriza pelo envolvimento de vários participantes, pressupondo a existência dum elemento que assume o papel de moderador ou facilitador da discussão; pela ênfase num tópico específico e pela construção conjunta de significados na interacção entre os elementos do grupo (Bryman 2008).

Bryman (2008:475) refere que "...o *Focus Group* tornou-se num método popular entre os investigadores, permitindo-lhes examinar padrões de como as pessoas interagindo umas com as outras, constroem tópicos de interesse para a investigação. (...) Esta técnica permite ao investigador compreender porque as pessoas sentem da forma que sentem." Permite simultaneamente perceber como os elementos do grupo constroem os seus significados, sendo portanto particularmente apta para a captura das percepções dos indivíduos.

Foi criado um guião preparativo da reunião (anexo XI), procurando-se desta forma programar a sessão criando alguma estrutura de apoio, para que a recolha das percepções individuais dos colaboradores da Clínica acerca das condicionantes à implementação do PGNC, fosse realizada num ambiente incentivador da participação individual e da dinâmica de grupo.

O método de recolha de dados foi o registo estenográfico das comunicações, mediante o recurso a uma relatora presente nas reuniões.

O *focus group* reuniu numa zona da Clínica afastada do público e do expediente. Foram envolvidos sete colaboradores, cujo critério de selecção foi a participação em qualquer das

fases do PGNC / SGQ. A duração da sessão foi de 2 horas. A sala foi disposta de forma a facilitar a interação entre os participantes que se sentaram ao redor de uma mesa.

Procurando garantir condições favoráveis à livre expressão e permuta das experiências e percepções dos participantes no contexto do referido procedimento, o coordenador/facilitador do grupo expressou o objectivo da reunião, reforçando o âmbito da investigação e a sua total independência das questões de hierarquia e organização do trabalho. Como limitação importa referir que o coordenador da sessão é membro do conselho de administração da Organização, e tem responsabilidades no SGQ do qual é coordenador.

3.5. TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE DADOS

3.5.1. QUESTIONÁRIOS

O tratamento dos resultados dos questionários foi elaborado através de recurso ao programa informático Microsoft Office - Excel 2007™.

O processamento de resultados foi realizado segundo as recomendações específicas de cada questionário aplicado (anexos V, VI, VII, VIII, IX, X), sendo a validação da metodologia da responsabilidade dos seus autores. Para analisar estatisticamente os resultados calculou-se individualmente em cada conjunto de respostas aos já referidos questionários, a média e o desvio padrão das respostas na amostra.

3.5.2. FOCUS GROUP

Os resultados do *focus group* foram processados em sessão de *briefing*, dedicada à análise do registo das intervenções dos participantes na sessão. A relatora registou a discussão o mais fielmente possível, tendo registado igualmente algumas notas acerca da expressão verbal, bem como da expressão gestual e emotiva dos participantes. A análise do registo envolveu o coordenador /facilitador e a relatora do grupo. Procurou-se identificar, na interação entre as pessoas, padrões que contribuam para a compreensão das suas percepções no âmbito das questões em investigação. Seguindo um código de identificação com as variáveis facilitadoras / inibidoras identificadas na revisão da literatura, procurou-se a sistematização das questões individualmente expressas, agrupando-as para esse efeito numa matriz, que serviu de base à subsequente análise da dinâmica do grupo.

4. RESULTADOS

4.1. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

A avaliação dos resultados incidiu nos factores críticos de sucesso para implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade sustentados pela revisão da literatura, isto é, cultura organizacional e aprendizagem, cultura de equipa, liderança, fiabilidade/comunicação, motivação e aprendizagem organizacional.

4.1.1. AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO

Os resultados do processamento das respostas dos técnicos de radiologia da Clínica ao questionário Avaliação dos Modelos de Gestão (anexo V) encontram-se resumidos na tabela seguinte.

Modelo de Gestão	Características Dominantes	Liderança Organizacional.	Princípios Organizacionais	Clima	Critérios Sucesso	Estilo Gestão	Perfil Global	Desvio Padrão
Clã	43,1	36,9	37,5	37,5	39	51,3	40,8	17,6
Adhocracia	23,6	30,8	26,4	38,1	25	27	28,5	16
Hierarquia	21	26,4	31	23,6	30	20,8	25,5	11,9
Mercado	23,1	33,75	22,9	15	17,9	21,7	22,4	17

Tabela 11: Resultados da avaliação dos modelos de gestão na Clínica (escala 1-100)

Fonte: elaboração própria.

O perfil global representado graficamente através da figura 7 reflecte uma cultura bastante marcada do tipo clã, em que coexistem, em proporção substancialmente inferior, os outros três tipos de cultura. O desvio padrão encontrado, atendendo à escala de valores que foi utilizada (1-100), demonstra alguma consistência nas respostas.

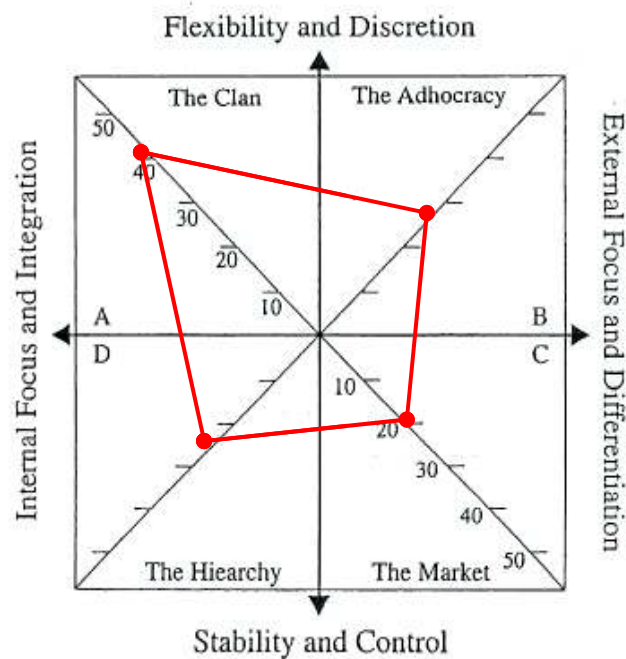


Figura 7: Representação gráfica do perfil global da cultura na Clínica

Fonte: elaboração própria, a partir de Quinn (1988).

4.1.2. AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS EMPRESARIAIS

Os resultados da auto-avaliação pelo líder dos seus comportamentos empresariais estão expressos na tabela 12. Na tabela 13 encontram-se os resultados da avaliação em espelho dos comportamentos empresariais do líder pelos seus subordinados. Ambos os questionários foram adaptados de Quinn (1988:127-130) (anexo VI).

	Facilitador	Inovador	Produtor	Coordenador	Mentor	Intermediário	Director	Monitor
MÉDIA	6,5	5	5,5	3,5	6	6	4,5	3

Tabela 12: Avaliação dos comportamentos empresariais – perspectiva do líder (escala 1-7)

Fonte: elaboração própria.

	Facilitador	Inovador	Produtor	Coordenador	Mentor	Intermediário	Director	Monitor
MÉDIA	6,3	6,3	6,5	6,1	6,3	6,1	5,8	5,2
D. PADRÃO	0,7	1	0,8	0,7	1,1	0,7	0,8	0,9

Tabela 13: Avaliação dos comportamentos empresariais perspectiva dos subordinados (escala 1-7)

Fonte: elaboração própria.

Na Figura 8 confrontam-se graficamente os resultados da auto-avaliação do líder com a dos técnicos de radiologia da Clínica, seus subordinados.

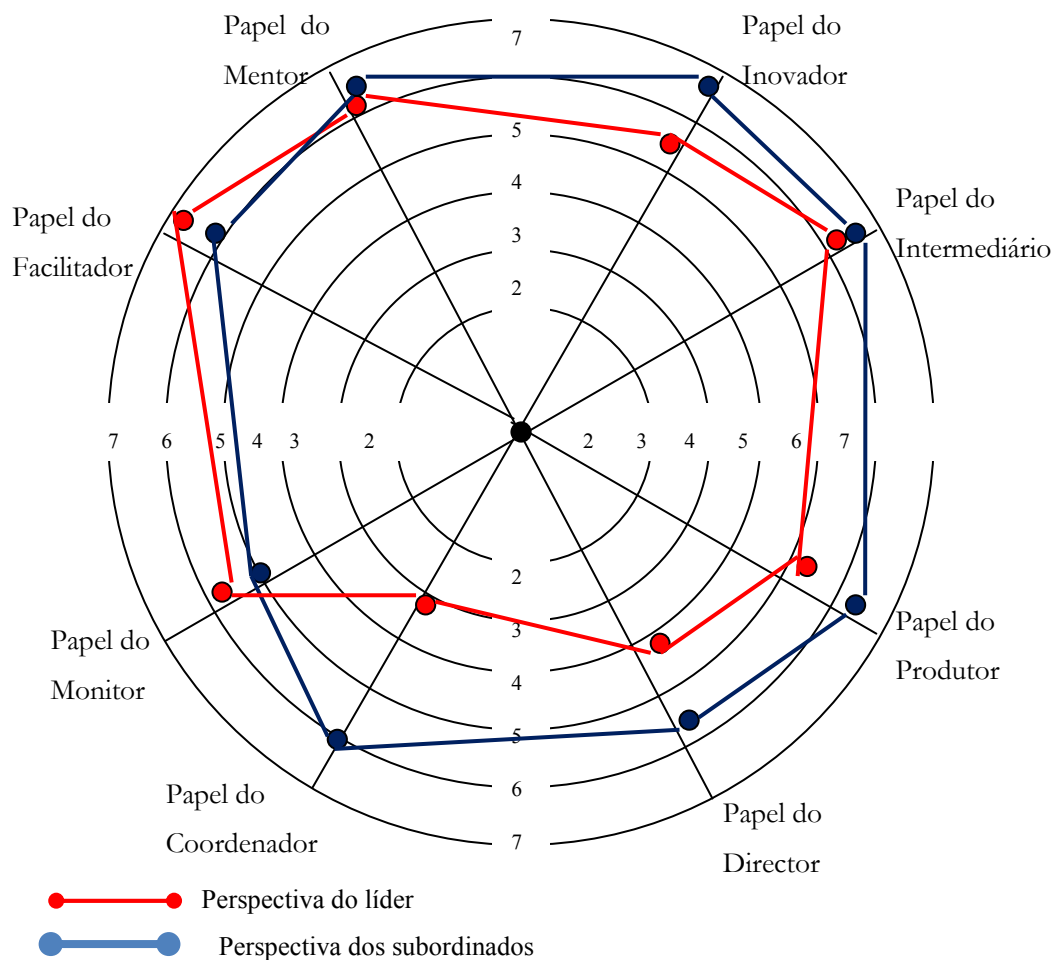
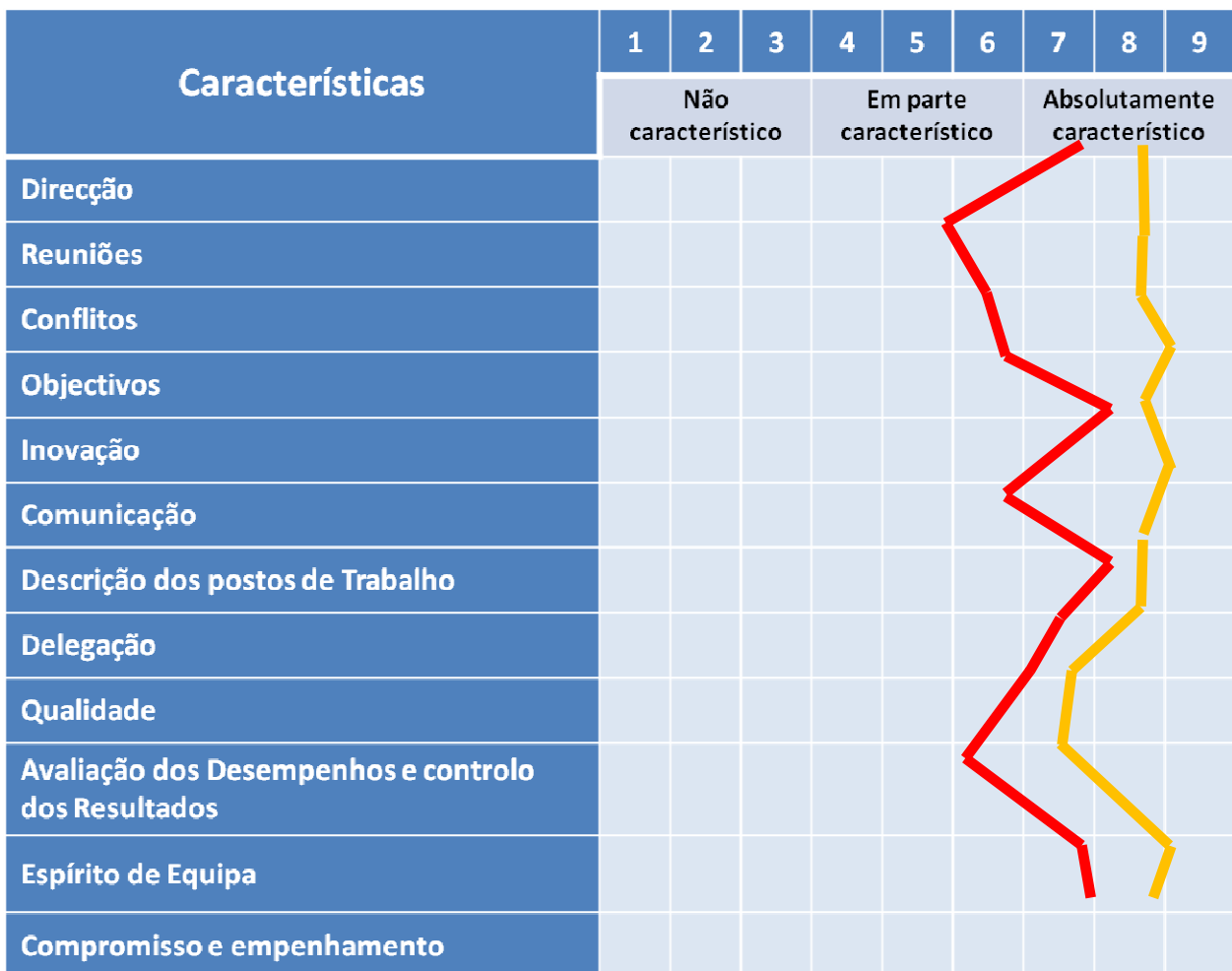


Figura 8: Representação gráfica do papel do líder (auto/hetero-avaliação)

Fonte: elaboração própria.

4.1.3. DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE EQUIPA

Com o objectivo de conhecer a cultura da equipa de trabalho aplicamos o questionário adaptado do livro de Blake *et al.* (1988), aos membros da equipa do Serviço de Radiologia da Clínica e obtivemos os resultados resumidos na figura 9.



- ◆ Existente
- ◆ Desejado

Figura 9: Resultados do Diagnóstico da Cultura de Equipa (escala 1-9)

Fonte: elaboração própria.

A média na amostra do somatório de todas as questões foi de 75 pontos (mínimo possível=12, máximo possível=108), com um desvio padrão na amostra de 1,8 implicando estes resultados que o *score* 9.9, resultante da combinação entre o interesse pelo factor humano e o interesse pelos resultados, está de algum modo presente na equipa de acordo com a seguinte escala representada na tabela 14.

De 12 a 36 pontos: o estilo 9.9 está praticamente ausente da equipa
De 37 a 59 pontos: existem poucos elementos do estilo 9.9
De 60 a 83 pontos: o estilo 9.9 está de algum modo presente na equipa
De 84 a 108 pontos: o estilo 9.9 está largamente presente na equipa

Tabela 14: Escala de correspondência valor/estilo

Fonte: Blake et al (1988)

Esta escala pretende caracterizar a equipa conforme a presença na sua cultura do interesse pelo factor humano, *versus* interesse pelos resultados, referenciando-a segundo as combinações existentes entre os referidos valores, de acordo com a matriz representada na tabela 15.

Preocupação máxima com os resultados (produção ou objectivos) e mínima com as pessoas (9.1) A cultura organizacional dominante tende a ser conflitual e marcada pela rivalidade e crítica destrutiva
Preocupação mínima com os resultados (produção ou objectivos) e máxima com as pessoas (1.9) As preocupações centram-se no ambiente e condições de trabalho, bem como nas remunerações
Preocupação mínima com os resultados (produção ou objectivos) e com as pessoas (1.1) A cultura organizacional é marcada por um forte sentimento de necessidade de sobrevivência, pelo estrito cumprimento das regras e pela submissão hierárquica. No relacionamento interpessoal predominam os comportamentos defensivos.
Preocupação máxima com os resultados (produção ou objectivos) e com as pessoas (9.9) Cultura organizacional caracterizada por uma forte implicação dos membros da organização, bem como pelo compromisso, explícito ou tácito, em alcançar os resultados propostos.

Tabela 15: Matriz de combinação

Fonte: Blake *et al.* (1988)

4.1.4 COMMITMENT

Por aplicação de questionário aos elementos da amostra, obtivemos os resultados resumidos na tabela 16 e representados graficamente na figura10:

COMMITMENT					
<i>Commitment</i> Normativo (CN)		<i>Commitment</i> Continuidade (CC)		<i>Commitment</i> Afectivo (CA)	
Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
5,61	0,84	3,66	0,77	6,50	0,60

Tabela 16: Resultados dos questionários de avaliação do Commitment (escala 1-7)

Fonte: elaboração própria.

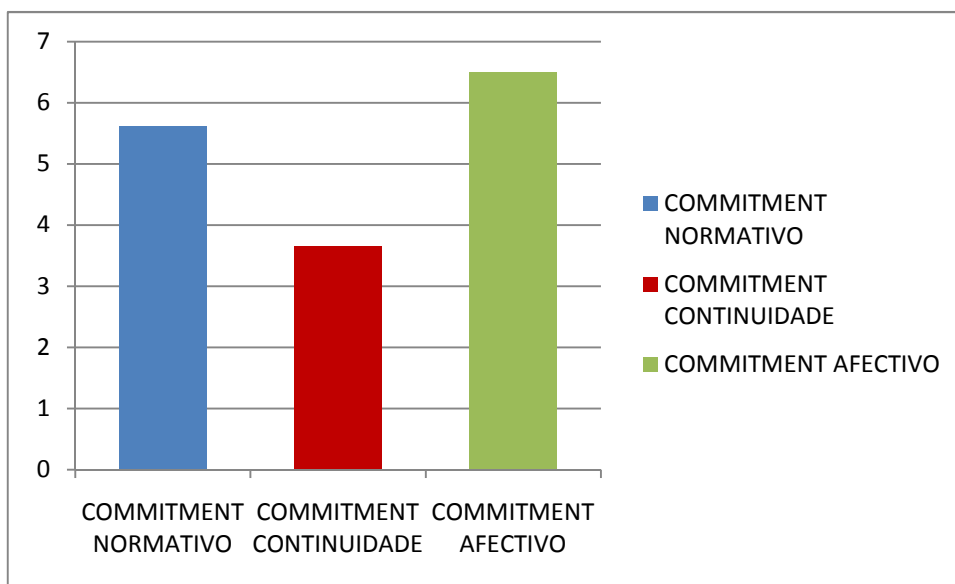


Figura 10: Representação gráfica do Commitment

Fonte: elaboração própria.

4.1.5. HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS

Aplicamos o questionário HRO com o objectivo de caracterizar a presença na equipa dos índices respectivos e obtivemos os resultados representados na tabela 17 e na figura 11.

	Preocupação com a falha (PF)	Relutância em simplificar (RS)	Sensibilidade às operações (SO)	Comprometimento com a resiliência(CCR)	Deferência com <i>expertise</i> (DE)
MÉDIA	5,3	4,2	4,7	5,3	5,2
DES.PADRÃO	1,3	1,6	1,4	1,6	1,6
	Cultura de Reporting (CR)	Cultura de Justiça (CJ)	Cultura Flexível (CF)	Cultura de Aprendizagem (CA)	
MÉDIA	3,7	3,9	4,1	5,4	
DES.PADRÃO	1,5	2	1,8	1,3	

Tabela 17: Resultados ao inquérito de HRO na Clínica (escala 1-7)

Fonte: elaboração própria.

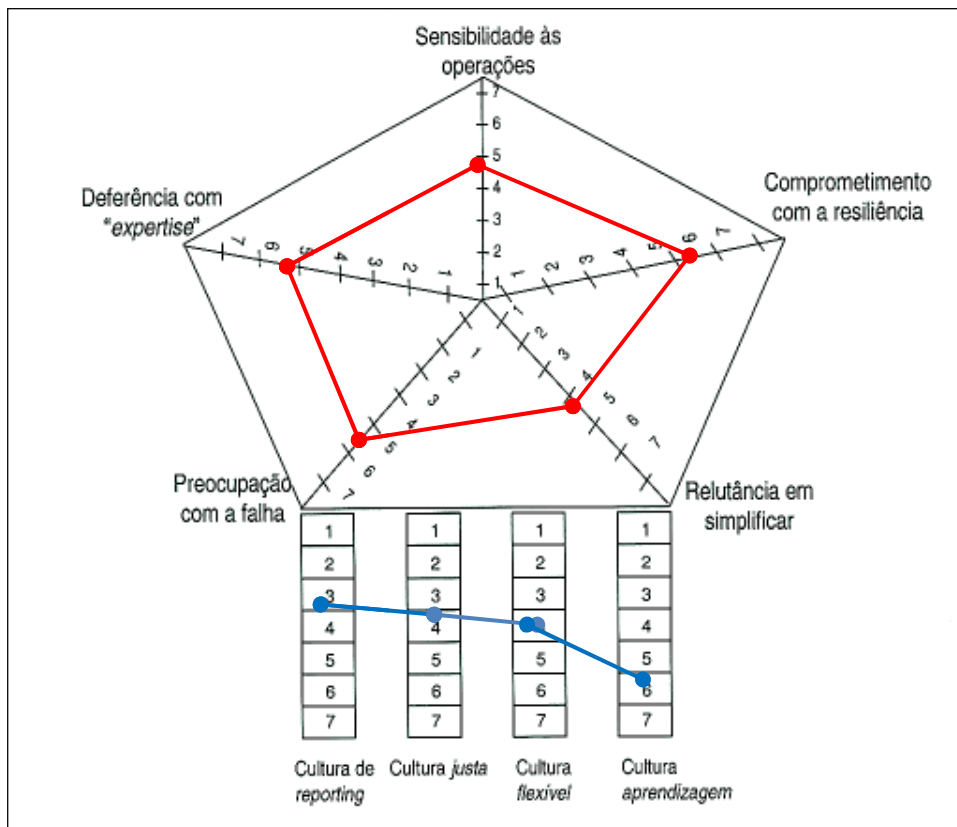


Figura 11: Representação gráfica dos resultados ao questionário HRO na Clínica

Fonte: elaboração própria

4.2. ANÁLISE FACE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES

4.2.1. FOCUS GROUP

O grupo reuniu conforme programado, de acordo com os critérios predefinidos no guião.

Após a introdução foi solicitada uma apresentação dos participantes ao grupo, especificando que se caracterizasse a função profissional na Clínica e a tipologia de participação no SGNC. Este passo, para além de garantir a correcta caracterização individual de uma forma transparente a todo o grupo, contribuiu para anular os constrangimentos iniciais envolvendo os participantes de uma forma dinâmica.

Conforme já referido, a base para a identificação dos padrões perceptivos dos participantes relativamente às questões da investigação, foi a sistematização em matriz das questões expressas pelos participantes, qualificando-se estas conforme a sua avaliação como elementos facilitadores/vantagens (tabela 18) ou percepções como elementos inibidores/dificuldades (tabela 19).

Facilitadores / Vantagens	Colaborador					
	A.B.	C.C.	F.D.	L.C.	J.P.	S.G.
Registo histórico de dados favorecedor da análise de questões recorrentes e demonstração da eficácia das acções aplicadas	NR	NR	NR	I	NR	NR
Aprendizagem operacional	NR	NR	C	I	NR	NR
Aprendizagem conceptual	NR	NR	I	C	NR	NR
Registo histórico de dados e seguimento das medidas implementadas permite análise e correcção detalhada aumentando a eficiência do processo de melhoria contínua	NR	NR	C	I	NR	NR
Aumento de eficiência na gestão organizacional	NR	NR	NR	NR	I	NR
Registo de dados obtidos por <i>benchmarking</i>	I	C	NR	C	NR	C
Legenda: I – identificou / C – concordou / D – discordou / NR – não respondeu						

Tabela 18: Matriz de resultados do Focus Group (facilitadores/vantagens percebidas)

Fonte: elaboração própria

Dificuldades	Colaborador					
	A.B.	C.C.	F.D.	L.C.	J.P.	S.G.
Falta de sensibilização na Clínica acerca do PGNC	NR	C	NR	I	NR	NR
Falta de formação no preenchimento do formulário próprio para o registo de não conformidades (modelo 10)	C	C	I	NR	C	NR
Baixa percepção do significado da tarefa contribui para desmotivação dos colaboradores	NR	I	C	C	NR	NR
Baixo nível /atraso no <i>feedback</i> dos resultados do trabalho contribui para desmotivação dos colaboradores	I	C	C	C	C	C
Falhas de comunicação interna na Clínica	C	I	C	C	C	C
Atrasos no processamento dos formulários (modelo 10)	NR	NR	I	NR	NR	C
Não disponibilização dos formulários junto aos postos de trabalho	I	NR	NR	C	NR	NR
Falta de instrumentos de medida da eficácia dos resultados de algumas acções dificulta seguimento e avaliação de eficácia	C	NR	I	NR	NR	NR
Resistência dos colaboradores à mudança organizacional	C	I	C	NR	NR	NR
Falta de incentivo organizacional a reportar algo que não está bem	I	C	C	C	C	C
Cultura de culpabilização pelas falhas	C	C	C	C	I	C
Abordagem organizacional de QI com fraca orientação para o controlo	NR	NR	I	NR	C	C
Preocupação com resultados da auditoria de certificação em detrimento do registo de reclamações no formulário (modelo 10)	NR	NR	D	I	NR	C
Legenda: I – identificou / C – concordou / D – discordou / NR – não respondeu						

Tabela 19: Matriz de resultados do Focus Group (dificuldades percebidas)

Fonte: elaboração própria.

4.2.2. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*) é um instrumento de análise que através da sua fácil leitura permite uma boa contextualização das condições existentes num determinado momento. Pelo seu potencial de monitorização das relações entre aspectos internos e externos à Organização, através de justaposição e acerto das competências distintivas internas e das ameaças (ou oportunidades de longo prazo) e oportunidades externas, é um instrumento de gestão fundamental na definição da estratégia. A análise das oportunidades, ameaças e dos pontos fortes e fracos é fundamental para tomar decisões e priorizar acções, constituindo ainda um bom instrumento de monitorização das acções em implementação, sendo neste caso, complementado por programas dedicados de gestão de projecto. Os pontos fortes e pontos fracos são determinados pela posição actual da organização e relacionam-se, quase sempre, com factores internos. Já as oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relacionadas a factores externos.

FACTORES INTERNOS	
<p>FORÇAS:</p> <p>Cultura organizacional: Critérios sucesso - coesão, moral, envolvimento; Alguma preocupação com a estabilidade e cumprimento de normas e rotinas. Ênfase na participação e consenso. Líder competente como produtor, mentor e facilitador. Clima (equipa de radiologia) favorável à mudança. 2 tipos de <i>Commitment</i> (CN e CA) e 3 índices HRO (RS; PCF; e CA) como favorecedores de comportamentos construtivos dos colaboradores no PGNC).</p> <p>Sistema Gestão da Qualidade: Nova gestão do PGNC (sensibilização para a percepção pelos colaboradores do erro como dimensão estruturante da gestão) Implicações/ vantagens do PGNC na aprendizagem operacional/conceptual. Implicações/ vantagens do PGNC na eficiência da gestão da Clínica. Base de dados do PGNC (favorece análise de questões recorrentes, análise da eficácia, apoia a decisão e <i>Feedback</i> de resultados para os colaboradores). <i>Focus group</i> com dinâmica favorecedora para alteração de pressupostos, valores e práticas, e.g., a tendência individual para a simplificação e manutenção da performance existente.</p>	<p>FRAQUEZAS:</p> <p>Cultura organizacional: Baixo ênfase no controlo, definição de responsabilidades, medição, documentação. Baixas competências nos papéis do líder como director, monitor. <i>Gap</i> nas expectativas de reuniões e objectivos. Pressuposto dos colaboradores de existir resistência organizacional à mudança. Elevado <i>Commitment</i> afectivo favorecedor de comportamentos passivos no PGNC. Índices HRO (CR, CJ) não demonstram existência de clima de confiança para o relato de erros. Índice HRO de CF não demonstra existir a flexibilidade necessária às mudanças em curso na implementação do PGNC.</p> <p>Sistema Gestão da Qualidade: Pressuposto de culpabilização pelas falhas (nome do PGNC e anterior responsável pela gestão). Baixa adesão ao PGNC (falta de formação + atraso no processamento dos registos + falta de <i>Feedback</i> + dificuldade na comunicação interna). Tendência individual para a simplificação e manutenção da performance existente. Sobrecarga de trabalho dos colaboradores (<i>burn-out</i>).</p>
FACTORES EXTERNOS	
<p>OPORTUNIDADES:</p> <p>Posicionamento no mercado e na envolvente: Referenciação pelas melhores práticas /melhoria contínua. Fortalecimento da imagem organizacional. Vantagem perante exigências contratuais e entidades reguladoras. Vantagem comercial sobre concorrência.</p> <p>Sustentabilidade organizacional: Maior eficiência na gestão dos recursos. Aumento do ROI. Valorização da Clínica na potencial fusão com grupo económico.</p>	<p>AMEAÇAS:</p> <p>Certificação Sistema de Gestão da Qualidade: Incumprimento com auditoria de certificação. Preocupação com resultados financeiros de curto prazo. Resistência à mudança.</p> <p>Sustentabilidade organizacional: Crise financeira. Custos de oportunidade da implementação do SGQ.</p>

Figura 12: Matriz SWOT

Fonte: elaboração própria.

Na análise SWOT da implementação do PGNC na Clínica (figura 12), os factores internos são provenientes das percepções dos colaboradores das forças (factores facilitadores/vantagens) e das fraquezas (factores inibidores/dificuldades da implementação do PGNC) conforme avaliação no *focus group* a que se acrescentaram alguns dos resultados dos questionários. Os factores externos contêm dados já expressos no capítulo 2, recolhidos no contexto do presente trabalho.

O ambiente interno pode ser controlado pela liderança da Organização, uma vez que ele é resultado das estratégias de actuação definidas e da visão que é comunicada à equipa, pela capacidade de liderança, focalização nos objectivos e comunicação dos valores culturais intrínsecos. Quando for percebido um ponto forte, ele deve ser ressaltado ao máximo, quando for percebido um ponto fraco, a Organização deve agir para controlá-lo ou, pelo menos, minimizar seu efeito.

Já o ambiente externo é de mais difícil controlo por parte da Organização. Evitar ameaças nem sempre é possível. No entanto, a sua correcta monitorização pode permitir enfrentá-las na forma de desafios a atingir, sendo neste caso a análise SWOT um instrumento fundamental à correcta formulação da estratégia apropriada para a sua conquista.

A análise efectuada, focalizada na implementação do PGNC, conduziu a resposta às Questões de Investigação:

1. Do ponto de vista dos colaboradores, os aspectos que dificultam a implementação do PGNC estão representados na análise SWOT (figura 12) no quadrante das fraquezas;
2. Do ponto de vista dos colaboradores, os aspectos que facilitam a implementação do PGNC estão representados na análise SWOT (figura 12) no quadrante das forças.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. QUESTIONÁRIOS

Os resultados do questionário Avaliação dos Modelos de Gestão, permitem concluir que existe na equipa dos técnicos de radiologia, um modelo cultural do tipo relações humanas ou Clã (perfil global de 40,8). Segue-se-lhe o modelo de cultura Adhocrática, no entanto, com cerca de metade da ponderação (28,5). Este resultado situa a Organização no eixo da flexibilidade/controlo como uma organização com critérios de sucesso que se apoiam na flexibilidade, discrição e dinamismo, diferenciando-se das que valorizam mais a estabilidade, o controlo e a ordem. A consistência da ponderação no modelo das relações humanas, situa a Clínica no eixo da orientação interna / externa, como uma organização que valoriza mais a orientação interna, a integração e a união, onde se mede a eficácia pelo grau de coesão, moral e desenvolvimento dos recursos humanos, com um estilo de gestão caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação. Sendo a lealdade e o envolvimento, valores básicos da cultura de Clã, estes reflectem-se em termos de coesão, trabalho de equipa, e em elevados níveis de flexibilidade. A tendência para a flexibilidade é reforçada pela ponderação relativamente alta no modelo de cultura do tipo Adhocracia (28,5), o que leva a concluir haver algum espaço para a inovação, criatividade e crescimento na orientação externa da Clínica. Identificou-se algum tipo de cultura de Mercado (22,4), resultado que atendendo ao ainda mais elevado peso da cultura Hierárquica (25,5), indica existir alguma orientação no sentido do controlo (eixo flexibilidade / controlo). Esta orientação parece ser regulada internamente através de formalização, e externamente por influência do mercado. Na análise da distribuição por dimensão da cultura, observou-se que no clima organizacional, sendo a única dimensão em que o tipo Clã não foi o mais ponderado, existe algum peso no quadrante Adhocrático, o que sugere, que os técnicos de radiologia caracterizaram o clima da Clínica pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios, privilegiando a mudança e o desenvolvimento. Nas restantes dimensões o modelo Adhocrático pontua em segundo, excepto na dimensão da cultura “Critérios de Sucesso”, na qual o segundo modelo mais ponderado a seguir ao de Clã é a Hierarquia, o que sugere que os técnicos de radiologia percebem uma organização em que o sucesso é baseado no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas, coexistindo em menor

grau, uma outra perspectiva de avaliação do sucesso pela estabilidade da actividade diária, e pelo cumprimento das normas e rotinas.

A avaliação da equipa expressa no questionário Avaliação dos Comportamentos Empresariais, reflecte um líder possuidor de alguma complexidade comportamental, desempenhando múltiplos, por vezes competitivos papéis, de forma complementar e integrada. A pontuação mais elevada (6,5, escala 1-7) é no papel de Produtor, seguindo-se-lhe a pontuação em simultâneo nos papéis de Facilitador, Mentor e Inovador (6,3). Constatase que em consonância com a prévia análise dos Modelos de Gestão, na vertente externa o papel de Produtor revela alguma adaptação do líder à influência do mercado na persecução de objectivos, o que implica manter ele próprio e encorajar os subordinados a manterem elevado índice de produtividade. Como produtor compete-lhe também gerir a relação entre o tempo e o *stress*, tendo por vezes que equilibrar necessidades que competem, garantindo deste modo, a manutenção de um clima de trabalho produtivo mas saudável. Como Mentor, implicando-se com empatia no desenvolvimento das pessoas a quem transmite confiança e reconhecimento, procurando ajudá-las a desenvolverem o seu potencial e valorizando, de acordo com o modelo das relações humanas, toda a Organização. Como Facilitador, encorajando o esforço colectivo e contribuindo assim para a coesão da equipa. Neste papel espera-se dele distanciamento suficiente para mediar conflitos, e ao mesmo tempo proximidade e empatia para desenvolver a moral e a coesão, obtendo assim um maior empenho e participação de todos nos objectivos tanto organizacionais como interpessoais, uma vez mais em concordância com o modelo de valores em presença (Clã). Como Inovador, o líder parece ser capaz de processar e acompanhar as mudanças, pensando criativamente, gerindo o constante desenvolvimento tecnológico associado com o tipo de actividade principal da Clínica, adequando as suas competências ao modelo cultural do tipo Adhocrático. A avaliação do líder foi relativamente inferior como Director (5,8) o que significa haver espaço para melhoria das competências respectivas, isto é, desenvolver e comunicar uma visão, estabelecimento de objectivos, *design* e organização. A avaliação (5,2) do líder como Monitor implica igualmente que este poderá melhorar nas competências de gestão da sobrecarga de informação, análise de processos - chave e avaliação e medição do desempenho e da Qualidade, garantindo desse modo, uma orientação interna mais eficaz através do controlo dos processos internos na Clínica.

Os resultados do Diagnóstico da Cultura de Equipa, demonstraram que a combinação entre o interesse pelo factor humano e o interesse pelos resultados, está de algum modo presente na equipa, o que reflecte uma cultura de equipa em concordância com a cultura organizacional onde, como já referido, estes valores também coexistem. No entanto, as expectativas dos técnicos de radiologia estão de um modo geral por atingir, especialmente nas características Reuniões, Objectivos, Comunicação e Avaliação dos Desempenhos/Controlo dos Resultados, onde se verificaram os maiores *gaps* entre os resultados do existente e os do desejado. Estes resultados, devem ser perspectivados como representantes de algumas das questões já avaliadas como dificuldades pelo *focus group*, facto que não só lhes confere validade e peso, como comprova a sua transversalidade na Clínica. Os índices de Delegação, Espírito de Equipa, Compromisso com o Empenhamento, todos avaliados como característicos na equipa, garantem estarmos em presença de um grupo confiante e com elevado espírito de equipa, o que conforme já referido, é condição favorecedora do equilíbrio entre a previsibilidade e a capacidade de aprendizagem com os erros.

Os resultados dos inquéritos de avaliação do *Commitment* na equipa, pela elevada ponderação do vector Afectivo e Normativo, balizam a escolha dos técnicos por comportamentos construtivos na expressão das suas sugestões para os problemas da Organização, fazendo prever uma participação igualmente construtiva no PGNC em implementação na Clínica. No entanto, o facto do *Commitment* afectivo, um posicionamento organizacional por natureza favorecedor da escolha por comportamentos passivos, ser o tipo de *Commitment* prevalente na equipa, poderá condicionar a participação dos seus elementos no PGNC. A análise dos resultados ao questionário HRO, demonstrando a presença média /alta dos índices Relutância em Simplificar, Preocupação com a Falha e Cultura de Aprendizagem, oferece alguma garantia de que a lealdade para com a Organização, não tem impedido os seus colaboradores de participarem activamente na procura dos problemas e soluções para as questões da Qualidade e segurança da actividade clínica. Destaca-se a ponderação de 3,7 (valor máximo possível de 7) do índice Cultura de Reporting, como relativamente baixa, o que se pode explicar pela existência igualmente baixa na equipa do índice de Cultura de Justiça, que enfatiza a importância da existência de um clima de confiança em que as pessoas se sintam motivadas ou mesmo recompensadas por contribuírem com informação relacionada com a segurança

Os restantes resultados dos questionários HRO demonstram a existência de elevado índice Preocupação com a Falha, facto que associando-se ao relativamente fraco índice de Cultura de *Reporting*, parece indiciar que a falha não esteja a ser usada no seu potencial máximo, i.e., como consequência do relato de não conformidades, contribuir por um processo de aprendizagem para a antecipação e detecção de ocorrências futuras. Com o incentivo da cultura de Reporting (que necessita de quebrar com a cultura prevalente de punição), pretende-se balizar a Organização para a ocorrência de falhas, alargando-se assim a fronteira do sistema e consequentemente a sua capacidade de detecção de erros, falhas e *near miss* que, quando percebidos como parte dum todo (falhas do sistema) permitem a previsão e antecipação de situações que poderiam de outro modo por em causa a fiabilidade e segurança das operações. Os resultados demonstram também a relativamente fraca presença na equipa de dois dos processos objectivando agir em antecipação ao imprevisto, i.e., relutância em simplificar interpretações (4,2) e sensibilidade às operações (4,7). Já os processos objectivando conter o inesperado estão fortemente disseminados, i.e. Comprometimento com a Resiliência (5,3) e Deferência com a *Expertise* (5,2). Em face ao elevado índice de Cultura de Aprendizagem existente, pode-se concluir que a elevada Preocupação com a Falha (5,3), um processo de antecipação, está a ser um dos motores para a aprendizagem organizacional, sendo esta no entanto uma aprendizagem de primeira ordem, obtida com a manutenção de elevado índice de contenção do inesperado o que poderá favorecer o desgaste e consequente *burnout* destes colaboradores. Estes estarão a desenvolver o seu trabalho na base de pressupostos de vigilância individual (*empowerment*) e a preocupação com a eficiência. O seu esforço de empenhamento, concentrado na resolução dos obstáculos que se oponham à realização das tarefas clínicas, é designado como de primeira ordem (*Single-Loop*). Finalmente, encontra-se na equipa um relativamente baixo índice de Cultura Flexível (4,1), que em face à elevada complexidade operacional em presença, é um dos índices a monitorizar no sentido de reduzir a probabilidade de ocorrência de falhas. De realçar a relação directa entre este índice e a adaptação à mudança, o que de acordo com o resultado relativamente baixo obtido, parece ser um dos factores inibidores da adaptação à mudança com efeito negativos na implementação do PGNC.

5.2. FOCUS GROUP

Na fase inicial da reunião a atenção do grupo dirigiu-se para as dificuldades da implementação do PGNC, que surgiram espontaneamente, e absorveram cerca de 70% do tempo disponível. A participação individual nas questões facilitadoras / vantagens do PGNC foi menor e não espontânea. Daqui se conclui que os colaboradores da Clínica dão prioridade à procura de soluções para as dificuldades percebidas, em detrimento duma abordagem centrada nas questões facilitadoras, porventura uma abordagem mais redutora, por implicar uma avaliação da eficácia da implementação centrada no sucesso. A primeira dificuldade referida foi a falta de formação no preenchimento do documento próprio para registo de não conformidades (anexo XII). O facto de esta dificuldade ser identificada pela responsável pelo PGNC, condicionou a sua avaliação pelo grupo como sendo uma dificuldade transversal na Clínica, responsável pela fraca adesão dos colaboradores e por falhas no preenchimento do documento de registo. O grupo envolveu-se na procura de soluções para completar a formação tendo deparado com outra das dificuldades transversais à Organização, i.e., falha na comunicação interna da Clínica, a qual por sua vez foi avaliada como condicionante das outras questões que identificaram seguidamente como por exemplo a questão da falta de sensibilização acerca do PGNC, que o grupo sugeriu passar a ser realizada no âmbito das reuniões gerais e sectoriais de colaboradores, pela possibilidade na melhoria da comunicação, complementando-se estas reuniões formais, através da criação de um espaço na Clínica, dedicado ao convívio informal dos colaboradores durante as pausas do trabalho. As dificuldades em análise encadearam-se, envolvendo o grupo na sua avaliação e na procura das soluções possíveis para a fraca participação dos colaboradores da clínica no PGNC.

A falta de sensibilização na Clínica acerca do PGNC, sendo uma dificuldade confirmada por apenas dois elementos no início da sessão, foi posteriormente avaliada por todos os participantes, como um dos factores condicionantes da implementação. Esta questão deve ser ponderada, pelo seu potencial de alteração dos pressupostos, percebidos como obstáculos ao estabelecimento de uma cultura que incentive os colaboradores a reportar algo que não está bem e à abolição da cultura de culpabilização pelas falhas, duas das dificuldades confirmadas por unanimidade e que, na perspectiva dos participantes, podem impedir a implementação do PGNC e o estabelecimento de um sistema que face à falha, procure a origem e a sequência causal que lhe dá origem. A concorrência de outros dois factores, confirmados unanimemente

na amostra, isto é, o baixo nível de *feedback* dos resultados do trabalho e as falhas na comunicação interna da Clínica, parecem contribuir para a manutenção dos referidos pressupostos, condicionando a percepção expressa por dois elementos do grupo de que existe na clínica uma “ideia antiga de que não se resolve nada”. Na análise desta questão o grupo esclareceu que o baixo *feedback* aos colaboradores acerca dos resultados das medidas em implementação decididas no âmbito do PGNC, está condicionada pela concorrência da falta de comunicação interna e atraso no processamento dos formulários de registo de não conformidades. Na perspectiva do grupo a resolução destas questões poderá contribuir para alterar o pressuposto de que na Clínica “não se resolve nada”.

Relativamente à identificação na amostra de algum tipo de cultura de culpabilização pelas falhas, verificou-se que esse padrão cultural está enraizado a nível dos pressupostos, tendo condicionado em todos os elementos a escolha por uma prática defensiva, face ao cenário da hipotética detecção de uma falha originada por um colega, em detrimento duma prática transparente, concretizável pelo registo das falhas através do PGNC, que a unanimidade refere como opção de segunda escolha, apesar das vantagens evidentes de percepção do erro como dimensão estruturante da Gestão, conforme foi expresso por alguns dos colaboradores. A referida prática defensiva, já referida neste texto como uma das barreiras à aprendizagem contínua, é originada a nível do grupo/organização, onde se desenvolvem crenças relacionadas com as consequências a nível interpessoal das falhas e erros, sendo estas as características centrais do sistema de crenças partilhadas no grupo. Quando confrontado com esses pressupostos e com as suas consequências na implementação do PGNC o grupo envolveu-se na exploração da origem das já referidas crenças. A associação mais consensual foi entre o nome do procedimento, especificamente a expressão “não conformidades”, e a sua conotação negativa. O grupo sugeriu propor à equipa de consultores a sua alteração para “melhoria contínua”. Foi igualmente referida uma associação negativa do referido procedimento com a pessoa originalmente responsável pelo PGNC, a qual face ao erro detectado, recorria a avisos, sanções e admoestações, como medidas para influenciar o comportamento dos colaboradores. A percepção do grupo quanto a esta questão, foi consistente com o anteriormente referido neste texto, citando Schein (1999:36): “... se os sistemas de detecção e correcção dos erros presentes numa organização são centrados na punição, os colaboradores desenvolvem uma cultura de culpabilização...”. O grupo também

concordou que o facto dessas medidas não condicionarem as verdadeiras condições responsáveis pelo erro, perpetua-o, reconhecendo no entanto, que o PGNC *per-si*, contém elevado potencial para a aprendizagem na Clínica.

A identificação da necessidade de se alterarem as crenças ou pressupostos e exploração das possibilidades existentes, conduziu a outra das questões identificadas pelo grupo, i.e., a baixa presença de cultura flexível, facto que atendendo à relação da presença deste tipo de cultura com a predisposição individual para comportamentos adequados à mudança organizacional, indica não estar a ser este o padrão comportamental dos colaboradores da Clínica. Esta questão evidenciando a velocidade e o modo como a informação flui, condiciona igualmente a comunicação interna na Clínica. Por outro lado, uma organização com uma Cultura flexível privilegia a competência e a *expertise* do pessoal da sua linha da frente, não concentrando a decisão exclusivamente na hierarquia.

Na exploração da questão da falta de instrumentos de medida da eficácia dos resultados de algumas acções, facto que dificulta seguimento e avaliação de eficácia, foi consensual que os outros factores que concorrem para a perda de eficácia das medidas implementadas e seu respectivo seguimento, são a resistência à mudança e a baixa presença na Clínica, do tipo de orientação para o controlo. Conforme já anteriormente referido neste texto, os dois tipos de abordagem aos programas de *Quality Improvement* (QI), isto é, controlo/aprendizagem contínua, podem coexistir nas organizações, e é o peso relativo de um ou de outro e sua aplicação em situações específicas, que determina a eficácia dos programas. A sugestão do grupo, de criar instrumentos de controlo da variação dos processos que favoreçam a detecção precoce dos desvios na implementação das medidas contempladas nos planos de acção do PGNC, orientando-se para o controlo, contribui igualmente para a eficácia do referido procedimento, intrinsecamente orientado para a aprendizagem contínua, equilibrando-se desse modo ambas as orientações.

A preocupação com resultados da auditoria de certificação em detrimento do registo de reclamações no formulário próprio, questão detectada pela opção de um dos elementos do grupo na resposta ao cenário C, não foi consensual, o que poderá significar a presença de três tipos de percepções da Qualidade presentes em organizações certificadas pelas ISO 9001, avaliadas estatisticamente por Boiral (2003) - isto é, Integradores de Cerimónia (43%),

Entusiastas da Qualidade (36%) e Dissidentes (21%) - que, conforme já anteriormente referido neste texto, representando diferentes motivações para implementar as ISO 9001, pelas respectivas implicações na eficácia do sistema, têm diferentes impactos na aprendizagem. Segundo a avaliação do grupo tanto a aprendizagem operacional como a conceptual, são vantagens da implementação do PGNC. No entanto, esta passagem do primeiro nível de conhecimento para o segundo, não é garantida à partida dependendo segundo Lamberte e Ouedraogo (2008), entre outros factores, das diferentes motivações para implementar as ISO 9001. Uma análise mais detalhada aos três tipos de resposta ao cenário C, demonstrando que dois em três dos participantes se centrariam no sucesso como saída para a hipotética questão, parece implicar a presença na Clínica duma tendência individual para a simplificação e manutenção da performance existente, conforme já anteriormente referido, factores inibidores do tipo de cultura de elevada fiabilidade adequada às organizações de alta complexidade. Importa no entanto assinalar, que o facto da referida tendência individual, conforme já referido no início desta análise, não ser o padrão da resposta dos indivíduos num ambiente de *focus group*, dá indicações sobre o potencial deste tipo de sessão para alterar os comportamentos.

A percepção do aumento da eficiência na gestão organizacional como vantagem da implementação do PGNC, embora referida por apenas um dos elementos do grupo, está associada a percepção da certificação como subproduto do SGQ. Nessas circunstâncias, as pessoas questionam-se acerca da relevância interna da standardização e da validade interna das normas prevalentes, ocorrendo neste processo uma aprendizagem tipo *double loop*.

Como considerações finais é de assinalar que a avaliação geral do grupo foi de concretização dos objectivos propostos para o *focus group* e o sentimento prevalente foi o entusiasmo, com o optimismo a elevar as expectativas dos presentes relativamente à realização dos projectos organizacionais em curso. Este sentimento incentivou o grupo para explorar outros assuntos, que embora não fazendo parte do âmbito desta sessão, por serem temas de interesse transversal na Clínica, foram agendados para outra sessão dedicada. Foi manifestada por todos a vontade que se realizem mais sessões deste tipo.

6. PROJECTO DE INTERVENÇÃO

A abordagem do projecto de intervenção seguindo os princípios e conceitos do *Balanced Scorecard*, ferramenta de controlo de gestão originalmente desenvolvida por Kaplan e Norton (1996), visa operacionalizar uma estratégia de acção através da identificação/persecução/monitorização de objectivos. Pretende-se alinhar as iniciativas operacionais com uma estratégia adequada aos factores condicionantes da implementação do PGNC, tendo como objectivo, no âmbito da missão, visão, valores e política estratégica da Clínica, a operacionalização deste procedimento do SGQ e a sustentabilidade da Organização.

Para melhor caracterização de todas as perspectivas envolvidas neste processo, elaborou-se um Mapa Estratégico do projecto de intervenção, representado abaixo (figura 13).

Em seguida, visando diagnosticar os *core problems* da mudança em curso na Clínica, aplicou-se o instrumento referenciado na base conceptual *Stream Analysis*, originalmente descrita por Porras (1987), como uma abordagem ao diagnóstico das falhas no funcionamento das organizações e conseqüente planeamento compreensivo das acções capazes de melhorar a sua eficiência. O *Stream Analysis*, representando graficamente subsistemas e suas conexões, permite uma perspectiva global de toda a organização e processos em curso. Tem como *Framework* conceptual a teoria Social Cognitiva cujo âmbito é a compreensão dos mecanismos pelos quais as pessoas erram e reaprendem comportamentos. Nessa perspectiva contribui para uma aprendizagem em *Doble Loop*. Esta abordagem enquadra as organizações como sistemas abertos. Partindo desse pressuposto, procura a criação de conexões de casualidade entre as falhas e os respectivos efeitos.

Procurando compreender as várias perspectivas envolvidas na implementação em estudo, construiu-se um mapa estratégico (figura 13).

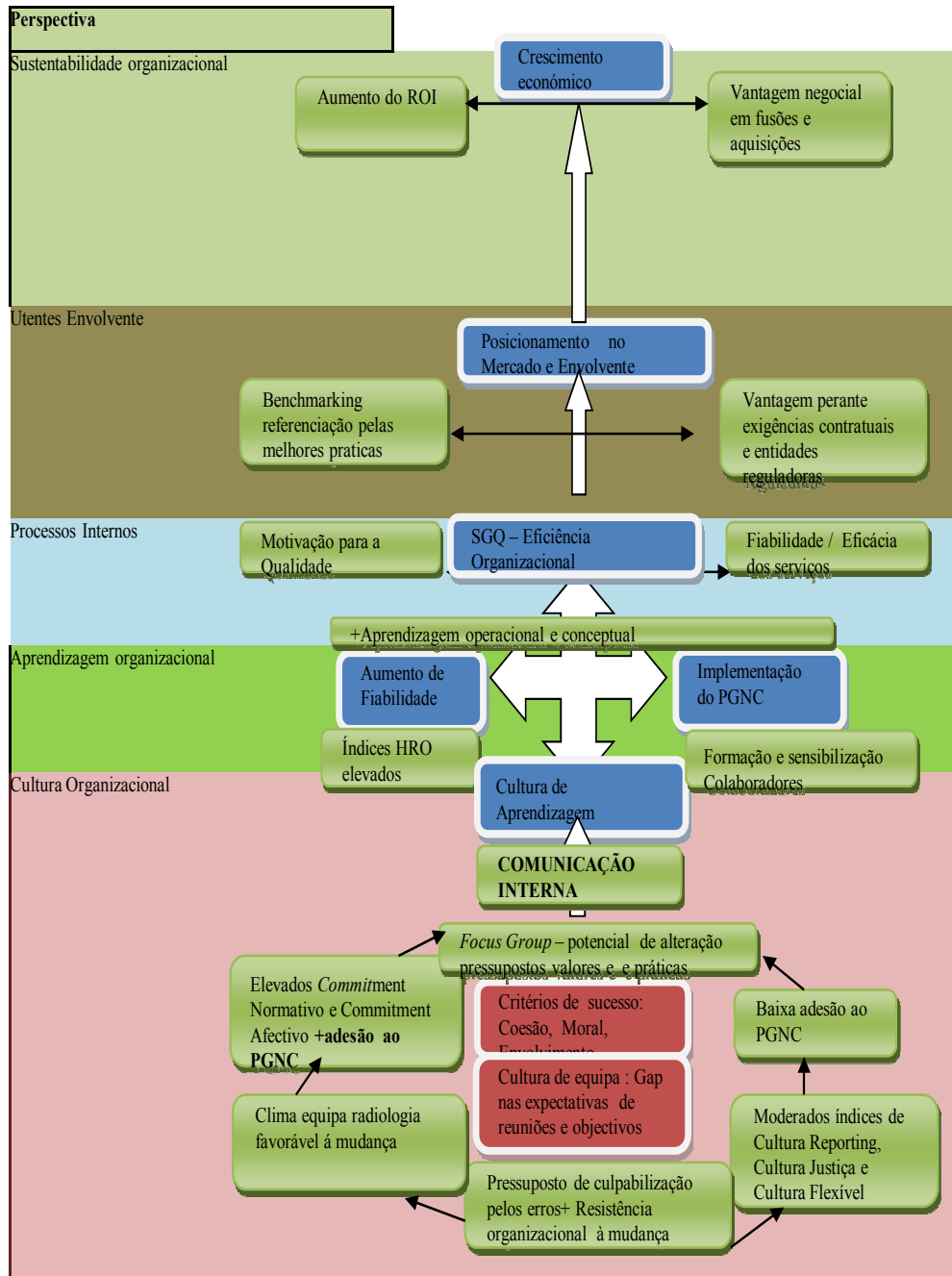


Figura 13: Mapa estratégico da implementação do PGNC na Clínica

Fonte: elaboração própria.

No presente caso optou-se pela aplicação do *Stream Analysis* à abordagem do diagnóstico das falhas o que resultou nos seguintes procedimentos:

Organização dos problemas em quatro categorias distintas: Organização Formal, Factores Sociais, Tecnologia e Espaço Físico;

Identificação dos *Core Problems* e da sua relação com as restantes dificuldades em análise.

As dificuldades da implementação do PGNC em análise inseriram-se na categoria respectiva, obtendo-se deste modo uma carta geral de diagnóstico (anexo XIII).

A análise das relações causa-efeito condicionantes da baixa adesão dos colaboradores ao PGNC (anexo XVIII) evidencia os seguintes *Core Problems*:

Pressuposto de culpabilização pelos erros (anexo XIV) - condicionado directamente pelo défice de presença de Cultura de Justiça condiciona a adesão dos colaboradores ao PGNC.

Défice de presença de Cultura de *Reporting* (anexo XV) - condicionado directamente pelo pressuposto de culpabilização pelos erros condiciona a adesão ao PGNC – em face a elevados índices de Cultura de Aprendizagem (CA) e Preocupação com a Falha (PF), pode-se concluir que a PF (processo de antecipação) está a ser um dos motores duma aprendizagem alicerçada em esforço de contenção do inesperado o que provoca a sobrecarga de trabalho e na ausência de espaço de descontração o conseqüente *burn-out* dos colaboradores.

Pressuposto de resistência organizacional à mudança (anexo XVI) - condicionado directamente pelos défices de presença de Cultura Flexível e de *feedback* de resultados do PGNC condiciona a adesão dos colaboradores ao PGNC.

Rede de comunicação interna da Clínica ineficiente (anexo XVII) - responsável pelo défice de sensibilização para o PGNC que condiciona directa e indirectamente a adesão dos colaboradores ao PGNC, é ainda responsável pelo défice de *feedback* dos resultados que por sua vez condiciona o pressuposto de resistência organizacional à mudança que condiciona a adesão dos colaboradores ao PGNC e simultaneamente condiciona dificuldades no seguimento das recomendações e o respectivo défice de eficácia das mesmas, o que contribui para agravar o défice de *feedback* de resultados. A ineficiência da comunicação é condicionada pela ausência de um espaço dedicado à descontração dos colaboradores e

concorre com o problema do *gap* nas expectativas de reuniões para condicionar dois outros factores que contribuem negativamente para a adesão ao PGNC, isto é, o défice de sensibilização dos colaboradores para o PGNC e o défice de formação no preenchimento do formulário próprio.

De acordo com o mapa estratégico (figura 13) e com a carta de diagnóstico (anexo XIII), objectivando sequenciar as acções de intervenção, procurou-se seleccionar as variáveis que necessitam de intervenção prioritária, pelo que se diferenciaram três tipos de questões:

Grau 1: factores que apenas requerem monitorização - clima da equipa de radiologia favorável à mudança; *Commitment* Normativo e Afectivo incentivam adesão dos colaboradores ao PGNC; critérios de sucesso definidos pela coesão, moral e desenvolvimento de RH.

Grau 2: factores que estão ausentes ou em défice, necessitando de implementação ou desenvolvimento - défice de formação no preenchimento do formulário de PGNC; défice de sensibilização para o PGNC; défice de espaço dedicado à descontração dos colaboradores; *gap* nas expectativas de reuniões e de definição de objectivos; défice de três índices de Cultura de fiabilidade (Cultura de Reporting, Cultura Flexível e Cultura de Justiça); focalização organizacional no sucesso; abordagem de QI com défice de orientação para o controlo; dificuldade no seguimento das recomendações do PGNC; défice de eficácia das recomendações do PGNC; défice de procedimentos para *feedback* de resultados do PGNC; défice na percepção do significado da tarefa.

Grau 3: factores que sendo contrários à sustentabilidade do PGNC, constituem os *core problems* do projecto e necessitam de ser corrigidos ou abolidos - défice de adesão dos colaboradores ao PGNC; pressuposto de culpabilização pelos erros; défice de presença de Cultura de *Reporting*; resistência organizacional à mudança; comunicação interna ineficiente.

- Pré-planeamento do projecto de intervenção:

O objectivo do projecto de intervenção é tornar mais eficiente a implementação do PGNC na Clínica. Os recursos humanos disponíveis são a equipa de radiologia, uma responsável administrativa de cada divisão funcional da Clínica, os colaboradores participantes no *focus group*, e a liderança da Clínica. O projecto decorrerá durante 1 ano. Atendendo a que se utilizarão os recursos humanos existentes os custos financeiros serão contabilizados

considerando apenas o custo/hora dos seus colaboradores. A intervenção arquitectónica planeada será orçamentada posteriormente.

- Fase 1:

Objectivo - resolver as questões de grau 3.

1. Avaliar as disponibilidades de RH para constituir três grupos: um *focus group* constituído por elementos de todos os sectores funcionais da Clínica, que deverá reunir semanalmente; um segundo grupo a reunir mensalmente constituído pelas responsáveis sectoriais da Clínica e pelo CSGQ; um terceiro grupo de periodicidade mensal, constituído pela equipa técnica e o CSGQ. Atribuição de responsabilidade: gestora de escalas de RH / técnico coordenador.

1.1 Realizar um *focus group* semanal focalizado na implementação do SGQ. Atribuição de responsabilidade: CSGQ.

1.2 Realizar uma reunião mensal com as responsáveis administrativas sectoriais. Atribuição de responsabilidade: CSGQ.

1.3 Realizar uma reunião mensal com a equipa técnica. Atribuição de responsabilidade: CSGQ.

Nota: incluir na agenda das reuniões de técnicos um ponto dedicado ao PGNC, envolvendo os seus participantes na decisão e implementação das acções específicas decididas nesse âmbito, terá repercussões no aumento da capacidade de antecipação e consciencialização de eventos inesperados futuros, contribuindo para a aprendizagem conceptual e reduzindo desta forma a incidência de *burn out* nestes colaboradores.

1.4 Submeter anualmente ao questionário de HRO (anexo X) os participantes dos três grupos referidos nos pontos 1.1, 1.2 e 1.3. Atribuição de responsabilidade: CSGQ.

1.5 Realizar uma reunião mensal com o conselho de administração. Atribuição de responsabilidade: CSGQ.

- Fase 2:

Objectivo – resolver as questões de grau 2

1. A eficiência comunicacional que se espera obter na fase 1, que conforme o diagnóstico realizado (anexo XVII) condiciona os restantes factores condicionantes do PGNC, contém

potencial de influenciar positivamente todos os problemas de grau 2. Para que esse potencial se concretize importa tomar medidas específicas à melhoria dos seguintes problemas:

1.1 Défice de sensibilização para o PGNC - realizar acções de sensibilização em cada um dos grupos constituídos na fase 1.

1.2 Défice de espaço dedicado à descontração dos colaboradores – reorganizar o espaço de forma a criar uma sala separada das áreas de serviço dedicada ao convívio e descontração.

1.3 Défice de formação no preenchimento do formulário de PGNC – realizar acções de formação em cada um dos grupos constituídos na fase 1.

1.4 *Gap* nas expectativas de reuniões e de definição de objectivos – assegurar o cumprimento das reuniões planeadas na fase 1 com objectivos específicos atempadamente agendados.

1.5 Défice de três dos índices de Cultura de fiabilidade, (Cultura de Reporting, Cultura de Justiça incluídas na fase 1), Cultura Flexível – no âmbito dos grupos programados na fase 1, promover o envolvimento e participação dos colaboradores na tomada de decisão contribuirá para a melhoria deste índice.

1.6 Focalização organizacional no sucesso – assegurar a participação de elementos de todos os sectores funcionais da Clínica nos *focus group*, reforçando a dinâmica deste tipo de grupo para alterar a tendência individual para a focalização no sucesso.

1.7 Abordagem de QI com défice de orientação para o controlo; Dificuldade no seguimento das recomendações do PGNC; Défice de eficácia das recomendações do PGNC; Défice de procedimentos para *feedback* de resultados do PGNC; Défice na percepção do significado da tarefa – a melhoria de eficácia em cada um destes factores resulta indirectamente das medidas descritas nos pontos 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5.

- Controlo e monitorização:

Uma vez clarificadas as relações de causa - efeito entre as diferentes perspectivas de valor, importa determinar quais os indicadores de resultados que de acordo com as metas estabelecidas, em conjunto com outro grupo de indicadores – os de meios ou de processos - melhor representem os objectivos estratégicos da implementação do PGNC, facultando a desejada focalização nos factores críticos de sucesso e o estabelecimento de prioridades na

tomada de decisões. Para monitorização da implementação da fase 1 e da fase 2 do projecto criaram-se respectivamente a tabela 20 e tabela 21.

	Objectivo	Indicador de Resultados	Meta	Indicadores geradores de Performance	Meta	Iniciativas
FASE 1	Eficiência dos canais de comunicação	Taxa de participação dos colaboradores	80%	Actas das Reuniões	Totalidade das actas registadas	Garantir a avaliação sem julgamentos de todas as sugestões dos colaboradores. Envolver participantes no processamento das acções decididas no âmbito do PGNC Incentivar a livre discussão temática
	Reduzir a resistência organizacional à mudança.	Nº de procedimentos alterados	$\geq 5/\text{ano}$	Taxa de detecção de resistência à mudança (Avaliação pelo <i>Focus Group</i>)	≤ 5 detecções	Publicar na intranet os resultados de acções realizadas no âmbito do PGNC Envolver participantes das reuniões na implementação das acções decididas no âmbito do PGNC
	Alterar Pressuposto de Culpabilização pelos erros	Nº de não conformidades detectadas em que se conclua poder ter sido detectadas mais atempadamente por colaboradores	$\leq 6/\text{ano}$	Avaliação pelo <i>Focus Group</i>	<que sessão anterior	Congratular publicamente os colaboradores que reportem as próprias falhas. Delimitar claramente no manual de regulamento interno da Clínica comportamentos aceitáveis (relato de erros) e inaceitáveis (omissão de erros)
	Reduzir défice de presença de Cultura de Reporting	Questionário de HRO	Índice CR > 3,7	Registo de faltas e baixas por doença atribuíveis a <i>Burn - out</i>	<Total de casos em 2009	Publicar na intranet os resultados de PGNCs demonstrando a sua relação com o relato de erro que os originou
	Reduzir défice de adesão dos colaboradores ao PGNC	Nº de registos de relatos de erros comunicados através do formulário do PGNC	≥ 1 /colaborador/ano			Usar as reuniões para sensibilização dos colaboradores acerca do PGNC Incentivar através da dinâmica criada no <i>Focus Group</i> a não focalização no sucesso,

Tabela 20: Monitorização e controlo da fase 1 do projecto de intervenção

Fonte: elaboração própria.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES NO ÂMBITO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE PELA EN ISO 9001:2008 ESTUDO DE CASO DE UMA CLÍNICA DE IMAGIOLOGIA

	Objectivo	Indicador de Resultados	Meta	Indicadores geradores de Performance	Meta	Iniciativas
FASE 2	Reduzir <i>Gap</i> nas expectativas de reuniões e de definição de objectivos	Taxa de realização das reuniões agendadas	90%	Actas das Reuniões	Totalidade das actas registadas	Assegurar o cumprimento das reuniões planeadas na fase 1 com objectivos específicos atempadamente agendados
	Reduzir o défice de sensibilização para o PGNC	Nº de formulários entregues/colaborador / ano	≥ 2/ano	Nº de formulários pedidos/colaborador / mês	≥1 pedido	Realizar acções de sensibilização em cada um dos grupos constituídos na fase 1.
	Reduzir défice de formação no preenchimento do formulário de PGNC	Taxa de formulários válidos entregues	90%	Percentagem do tempo de reunião dedicado à formação	10%	Realizar acções de formação em cada um dos grupos constituídos na fase 1
	Reduzir Défice de Cultura Flexível	Nº Planos de acção decididos por operacionais no âmbito do PGNC / Nº total de Planos de acção	≥70%	Taxa de participação de técnicos de radiologia nos <i>focus group</i>	100%	Promover o envolvimento e participação dos colaboradores na tomada de decisão .
	Reduzir Défice de espaço dedicado à descontração dos colaboradores	1 Projecto Arquitectónico aprovado	Data limite Maio 2011	Nº de projectos Arquitectónicos avaliados	≥ 2 até Dezembro 2010	Consultar Autor do projecto arquitectónico inicial. Consultar mercado

Tabela 21: Monitorização e controlo da fase 2 do projecto de intervenção

Fonte: elaboração própria.

Na preparação deste projecto procuraram-se seleccionar os factores condicionantes da implementação do PGNC na Clínica que requeressem intervenção. Nesse propósito, procurou-se olhar para a organização através do prisma da informação recolhida durante a pesquisa bibliográfica, e da perspectiva dos colaboradores sobre as questões de investigação. Tentou-se deste modo enquadrar cultura organizacional, desenvolvimento e aprendizagem, processos internos, utentes/envolvente e perspectiva financeira numa lógica e dinâmica de criação de valor para a organização. Para tal encontraram-se os factores críticos de sucesso organizacional, para os quais foram estabelecidas metas. De igual modo criaram-se instrumentos de monitorização da performance. Todo este projecto resultou na criação de um instrumento de aplicação imediata e com potencial para a dinamização e monitorização de iniciativas futuras.

7. CONCLUSÕES

O facto de o investigador ser simultaneamente um membro da organização em análise com funções e responsabilidades específicas no processo de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, apesar de contribuir na forma de motivação e empenho para a sua realização, é também uma das limitações do trabalho. Para evitar enviesamentos da análise, a avaliação das questões de investigação centrou-se na perspectiva dos colaboradores da Clínica. Nesse âmbito, na sessão de *focus group* o investigador realçou o interesse académico da sessão e expressou o seu empenho na procura duma atitude de total aceitação, da qual não resultassem julgamentos pessoais e consequências para a situação profissional dos participantes. Procurou-se desta forma combater potenciais constrangimentos à participação dos colaboradores no grupo, assumindo-se, no sentido da credibilidade e rigor da investigação, as limitações referidas como obstáculos à concretização em pleno deste objectivo.

Conforme já referido na introdução a este trabalho, paralelamente ao interesse académico a investigação é motivada pela procura da sustentabilidade do SGQ e da Organização. Nesse âmbito reveste-se de elevada importância a avaliação do projecto de intervenção proposto, recorrendo aos instrumentos utilizados no diagnóstico e perspectivando o relato desta investigação como um caso *de action-research*.

Este trabalho exploratório focalizado num procedimento específico de gestão, aplicado à escala da organização em análise, contribuirá, nessa dimensão, para elevar o nível de relação da teoria, no âmbito da mudança organizacional e dos Sistemas de Gestão da Qualidade, com a sua aplicação na implementação de melhores práticas, esperando-se resultar na melhoria da eficácia individual, de grupo e da Organização. Este processo de mudança organizacional, dependerá da implementação do projecto de intervenção e da eficácia dos seus resultados, esperando-se ganhos nos vários níveis de aprendizagem organizacional. Atingir o nível da aprendizagem operacional será o resultado directo da implementação de iniciativas como por exemplo acções de formação e de sensibilização para o PGNC previstas no referido projecto. Espera-se atingir o nível de aprendizagem conceptual como resultado de iniciativas como por exemplo “envolver os colaboradores no processamento das acções decididas no âmbito do PGNC” e “Publicar na intranet os resultados de acções realizadas no âmbito do PGNC”. De iniciativas como por exemplo “garantir a avaliação sem julgamentos de todas as sugestões dos

colaboradores”, “congratular publicamente os colaboradores que reportem as próprias falhas”, “delimitar claramente no manual de regulamento interno da Clínica comportamentos aceitáveis (relato de erros) e inaceitáveis (omissão de erros)”, “incentivar a livre discussão temática”, espera-se que ao promoverem o questionar das práticas e dos valores culturais da organização, contribuam para a alteração dos pressupostos que os originaram, favorecendo nos colaboradores da Clínica o estado cognitivo necessário a “aprender a aprender” envolvido no nível de aprendizagem “*deutero-learning*”.

O objectivo de implementar um SGQ na Clínica num enquadramento de crise económica e financeira, inseriu-se na estratégia organizacional; Num quadro de recursos limitados e de procura crescente de cuidados de Saúde e respectivo grau de exigência de Qualidade por parte dos utentes e restantes Stakeholders, a Gestão pela Qualidade Total, pelo elevado grau de abrangência que lhe é característica, demonstrou ser a abordagem mais adequada em processos de mudança organizacional como a implementação de SGQ.

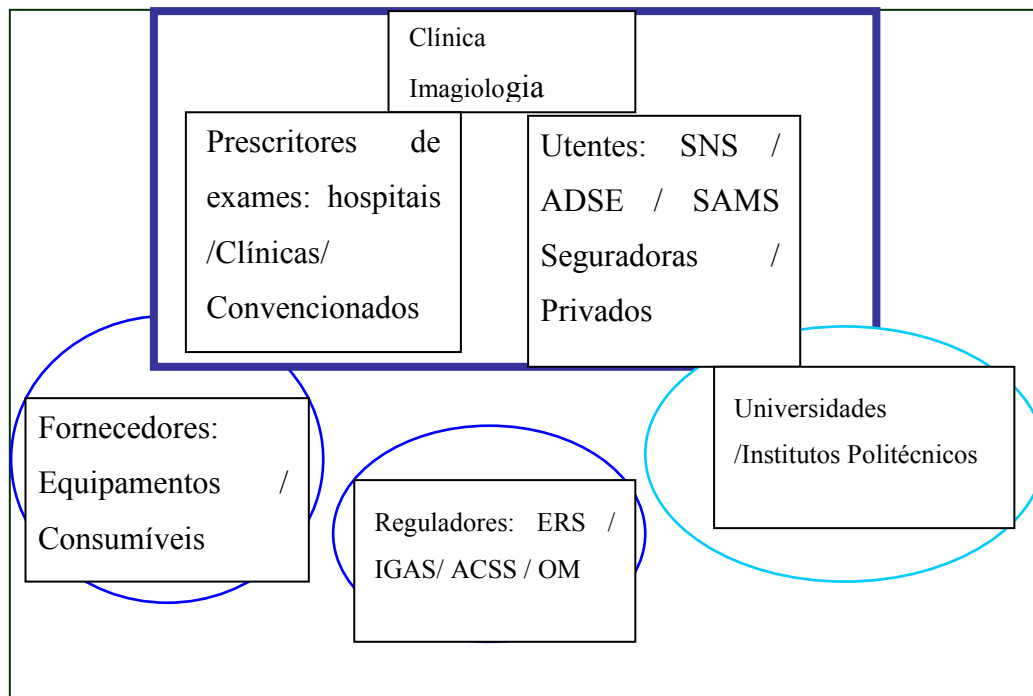
Com objectivo de operacionalizar o SGQ da Clínica este trabalho investigou a perspectiva dos seus actores, procurando encontrar resposta para questões de investigação.

Para orientação da investigação, procurou-se na revisão da literatura identificar os factores condicionantes de processos de mudança organizacional como o que actualmente decorre na Clínica. Identificaram-se os seguintes factores: Cultura organizacional e Aprendizagem; Comunicação/Fiabilidade/Eficiência; Motivação/Aprendizagem Organizacional; Liderança.

Seguidamente, procurou-se avaliar no contexto da Clínica as questões identificadas na literatura, para o que se aplicaram-se questionários à equipa da linha-da-frente. Como forma complementar aos dados dos referidos questionários realizou-se um *focus group* que procurou conferir objectividade à análise e coerência com a avaliação das questões de investigação na perspectiva dos colaboradores. Os resultados foram processados através duma análise SWOT que tendo evidenciando a relação dinâmica entre os referidos factores internos condicionantes da mudança e a envolvente da Organização, contribuiu para identificar os factores críticos de sucesso face à implementação do PGNC, respondendo às questões de investigação, alcançando-se desta forma o objectivo deste estudo.

ANEXOS

Anexo I: Envolve Organizacional



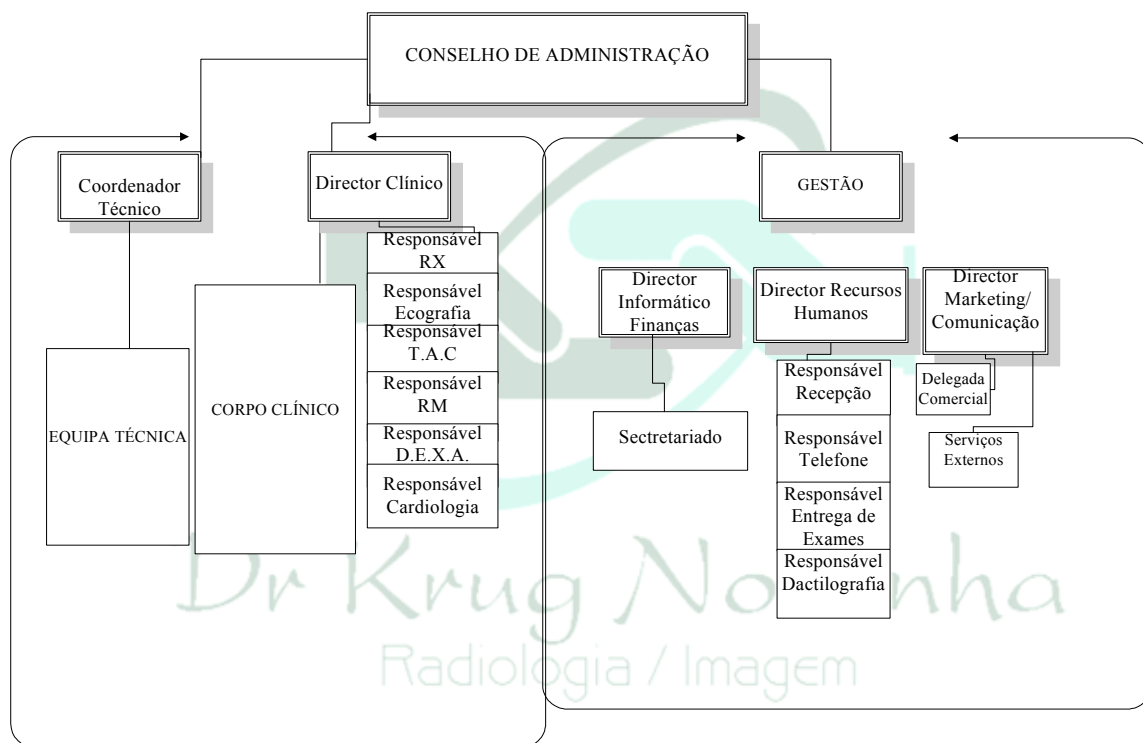
Fonte: elaboração própria.

Anexo II: Principais fornecedores da Clínica

Custos parciais por fornecedor/mais valia da parceria		
	% DOS CUSTOS TOTAIS POR SERVIÇO/PRODUTO	MAIS VALIAS DA PARCERIA “WIN-WIN”
GE Healthcare	60% Equipamentos de exame e manutenção	Aplicação de novas técnicas/apoio on-line dos exames; Apoio à formação e desenvolvimento de recursos humanos. Apoio ao licenciamento das instalações e dos equipamentos.
TOSHIBA Healthcare	10% Equipamentos de exame e manutenção	Aplicação de novas técnicas; Apoio à formação e desenvolvimento de recursos humanos. Apoio ao licenciamento das instalações e dos equipamentos.
W-SOFT	8% Equipamentos e software informático - manutenção	Aplicação e desenvolvimento de novos sistemas (a clínica testa os novos sistemas, beneficiando da antecipação dos produtos/serviços - posicionamento no mercado)
COVIDIEN	1% Fármacos	Fornecimento gratuito e manutenção dos equipamentos e consumíveis de injeção do produto de contraste

Fonte: Clínica Krug Noronha (2010)

Anexo III: Organograma Organizacional



Fonte: Clínica Krug Noronha (2010)

Anexo IV: Relatório de Diagnóstico Inicial

Relatório elaborado para a Clínica pela *Business Unlimited*

Av. 5 de Outubro, n.º 72, 5.º B

1050 – 059 Lisboa

tel.: 919 471 329

geral@businessunlimited.eu

Concepção e Apoio à Implementação de Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com a NP EN ISO 9001:2000

CLÍNICA KRUG NORONHA

RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL

11 de Setembro de 2008

Relatório de Diagnóstico Inicial para o Sistema de Gestão da Qualidade – CLÍNICA KRUG NORONHA

1 ENQUADRAMENTO

Um Sistema de Gestão da Qualidade é um modelo organizacional, referenciado a uma norma internacional e como tal internacionalmente reconhecido como capaz, após implementado e vivido, de operacionalizar a gestão de qualquer organização de forma eficiente, unificadora e atractiva para todas as partes interessadas da Organização.

Foi nesta perspectiva, de avaliação do sistema organizacional em vigor, que se procedeu ao diagnóstico objecto do presente relatório.

2 OBJECTIVOS

| Adquirir conhecimentos sobre a actualidade organizacional da Clínica Krug Noronha, para optimização do desenvolvimento do Projecto, incluindo a avaliação da perspectiva dos entrevistados quanto à Clínica Krug Noronha em termos de:

| Pontos fortes

| Pontos a melhorar

| Expectativas quanto ao Projecto

| Estabelecimento do Plano de Projecto detalhado do Projecto

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização do Diagnóstico foi a de coligir percepções, através de:

| Reuniões com Dr. João Krug Noronha

| Visita da Equipa Consultora às instalações da Clínica Krug Noronha

| Avaliação da perspectiva actual dos entrevistados (sugeridos por Dr. João Krug Noronha devido às funções que desempenham) quanto à Clínica Krug Noronha

| Existe, obviamente, um grau de incerteza associada às conclusões do diagnóstico: esta incerteza é derivada de qualquer metodologia de avaliação em que se utilize quer amostragem, quer a percepção humana. Num diagnóstico final – e.g. auditoria interna – já existirão dados e factos (indicadores, objectivos e outros) que permitirão que a incerteza resulte quase exclusivamente da aplicação de técnicas de amostragem.

4 EQUIPA DE DIAGNÓSTICO da BUSINESS UNLIMITED, Lda.

| Francisco Noronha

| Teresa Cordeiro

5 LISTA DE ENTREVISTADOS

(por ordem alfabética do nome próprio)

NOME FUNÇÃO

Adelina Azevedo Administrativa/Financeira

Alexandra Barbosa Assistente do Departamento Comercial e de Marketing

Ana Catarina Pinto Responsável de Entrega de Exames

Carlos Krug Noronha Director Geral e Director Clínico

Cassien Croisé Director Administrativo e Financeiro

Cláudia Madureira Responsável de recepção

João Krug Noronha Coordenador Técnico

José Luís Krug Gestor GMI e Responsável Clínico Ecografia

Lígia Correia Gestão Comercial e de Marketing

Noémia Sousa Administrativa/Financeira

Nuno Krug Noronha Responsável Clínico TAC e Densitometria Óssea

Sofia Domingues Gestão de Recursos Humanos

Sónia Gaspar Recepcionista

6 CONCLUSÕES

| PONTOS FORTES

Da análise conjunta de todas as perspectivas, considerando pontos fortes, pontos a melhorar e expectativas, a Equipa Consultora conclui que a Clínica Krug Noronha é uma organização com uma imagem forte e sustentada no mercado onde se insere, principalmente na grande área do Porto, que quer a Médicos quer a Utentes inspira confiança e credibilidade, na competência e experiência do seu corpo clínico e técnico.

Líderes em mamografia, são também persecutores das mais inovadoras técnicas e equipamentos de imagiologia do mercado, fortemente empenhados na elevada competência do seu corpo clínico e técnico, orientados para a propagação do conhecimento interno, através da rotação do desempenho de funções, e pugnam pelo permanente aumento da humanização nos serviços prestados.

Estas características são factores de êxito a manter e aumentar continuamente, devendo ser mantidos sob gestão no Processo de Gestão Estratégica, de forma a permitir uma visibilidade, competitividade e diferenciação crescentes no mercado em que se a Clínica Krug Noronha se insere, e onde se faz sentir fortemente a concorrência e as condições cada vez mais agressivas impostas por organismos convencionadores e pelo Sistema Nacional de Saúde.

| PONTOS A MELHORAR

Sempre numa óptica dum Sistema de Gestão enquanto forma de otimizar a gestão da Clínica Krug Noronha em termos da sua eficiência e capacidade unificadora e geradora de atractividade para todas as partes interessadas da Organização, foram identificadas diversas áreas que resultarão fortemente beneficiadas com a implementação, no Projecto em curso, de medidas que se destinam a eliminar/reduzir os pontos a melhorar identificados, e que se encontram agrupadas conforme segue:

| FLUXOS DE INFORMAÇÃO

| Clarificação e definição dos fluxos de tomada de decisão, nomeadamente de decisão estratégica e de desenvolvimento (e.g., para orientação das actividades Comerciais, de Marketing, de inovação dos serviços, entre outras finalidades)

| Análise, identificação, triagem, operacionalização e monitorização da informação e dados relevantes para a tomada de decisão na Clínica Krug Noronha, em todos os Processos já propostos para o seu Sistema (e.g. para estabelecimento de indicadores e objectivos, melhoria contínua e de sustentação da tomada de decisão entre outros fins)

| Definição dos fluxos de tarefas que compõem as actividades e das actividades, que, por sua vez, compõem os Processos, seus responsáveis e entradas e saídas (inputs / outputs), o que contribui decisivamente para a harmonização, conhecimento e prática dos modos de proceder, eleitos pela Clínica Krug Noronha para a maximização da sua eficiência e a eliminação/redução de quaisquer tarefas / actividades que não adicionem valor aos serviços prestados

| CAPITALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

| Identificação e definição das relações entre as diversas actividades levadas a cabo na Clínica Krug Noronha, com ênfase nas necessidades e capacidades de fornecimento de cada uma, e formação aos Colaboradores intervenientes, de forma a permitir a eficiência através do estabelecimento, sustentado no conhecimento, da cadeia – cliente / fornecedor interno (e.g. dados fornecidos ou a fornecer pela recepção à facturação, informação sistematizada de exames prontos e não-prontos para entrega aos Utentes ou organismos convencionadores)

| Sistematização de obtenção e tratamento da informação da percepção dos Clientes da Clínica Krug Noronha, aos seus diversos níveis: Utentes; Prescritores; Organismos Convencionadores; Outros, considerados relevantes.

| Definição e descrição de funções, incluindo os requisitos mínimos e preferenciais para o desempenho, principais objectivos e responsabilidades, regime de dependência hierárquica e regime de delegação (quando se verifica ausência) para cada função existente na Clínica Krug Noronha.

| A formação, tal como o conhecimento das inter-relações entre as diversas actividades desenvolvidas na Clínica Krug Noronha, é(são) um excelente mecanismo de minimização de

resistências internas, principalmente às mudanças, bem como de criação de espírito de equipa e de responsabilização.

| DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Definição e implementação de toda uma metodologia de gestão do desempenho, que integre, de forma atractiva para os colaboradores e eficaz para os resultados da Clínica Krug Noronha, a selecção e recrutamento, a formação e aquisição de capacidades e competências, e a gestão de carreiras e do seu progresso

| GESTÃO DE BENS

| Definição e implementação de metodologias que assegurem a racionalização e optimização de todos os recursos não humanos (e.g. gestão de fornecedores, equipamentos e seus contratos, stocks, hardware e software)

| EXPECTATIVAS

| De uma forma geral, todos os entrevistados revelaram expectativas positivas em relação à implementação do Sistema de Gestão referenciado à NP EN ISO 9001, e que estão directamente relacionadas com a minimização ou eliminação das situações que gostariam de ver modificadas no desempenho das suas funções na Clínica Krug Noronha.

| Foi declarada por todos a vontade de participar e de “fazer acontecer” este Projecto.

Do presente diagnóstico, resultou a SUGESTÃO DOS PROCESSOS A CONSTITUIR O SISTEMA DE GESTÃO como segue:

| PROCESSO DE GESTÃO ESTRATÉGICA – Processo Orientador

| Âmbito:

| Gestão da Informação

| Definição de factores Críticos de Sucesso, Visão, Missão Política, Objectivos, Estratégia e sua implementação

| Definição de Processos

| Definição da estrutura hierárquico funcional

| Definição das metodologias transversais a toda a Clínica Krug Noronha

| PROCESSO TÉCNICO – Processo da Cadeia de Valor

| Âmbito:

| Gestão dos Utentes

| Gestão da marcação de exames

| Gestão da realização de exames

| Gestão da preparação de exames para entrega

| Gestão da entrega de exames

| PROCESSO DE GESTÃO DE RECURSOS – Processo de Suporte

| Âmbito:

| Gestão dos Recursos

| Humanos

| Desenvolvimento Científico

| Infra-estruturas e Instalações

| Bens (Equipamentos e Stocks)

| Fornecedores

Resultou ainda, do presente diagnóstico, o Plano de Projecto detalhado, em anexo ao presente relatório.

7 CONFIDENCIALIDADE

Todos os Colaboradores da Business Unlimited, Lda. envolvidos no conhecimento do presente relatório se comprometem, por sua honra, a manter confidenciais quaisquer dados percebidos durante as actividades necessárias à sua obtenção e dele constantes, até que estes se tornem do domínio público.

8 ANEXOS

Plano de Projecto detalhado

Anexo V: Questionário de Avaliação dos Modelos de Gestão

Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde

Autor: Robert E. Quinn

Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance

Data: 1998

Nº de Pag.: 8

AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO

Adaptado de:

Quinn, R, (1988) *Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance* (Capítulo 9, pp. 144 a 147) Jossey-Bass Pub., S. Francisco.

INSTRUÇÕES

Cada item apresenta quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização. Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes. Para cada questão, utilize o máximo de 100 pontos.

Na questão 1, por exemplo, se a organização A parece similar à sua, se a B parece um pouco semelhante e se a C e a D não são nada parecidas, pode atribuir 70 pontos à A e dar os restantes 30 à B.

QUESTIONÁRIO SOBRE MODELOS DE GESTÃO

1. Características dominantes (distribua 100 pontos)

- a) A organização de saúde A é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.
- b) A organização de saúde B é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.
- c) A organização de saúde C é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.
- d) A organização de saúde D está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.

2. Líder organizacional (distribua 100 pontos)

- a) O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.
- b) O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.
- c) O líder da organização de saúde C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.
- d) O líder da organização D é de uma maneira geral considerado como um grande director, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.

3. Princípio organizacional (distribua 100 pontos)

- a) A base sobre a qual se mantém a organização A, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.
- b) A base sobre a qual se mantém a organização B é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.
- c) Os princípios que regem a organização C são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.
- d) A preocupação com a produção e a consecução de objectivos, são os princípios fundamentais que regem a organização D. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.

4. Clima organizacional (distribua 100 pontos).

- a) O clima da organização A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.
- b) O clima da organização B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.
- c) O clima da organização C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.
- d) O clima da organização D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados

5. Critérios de sucesso (distribua 100 pontos)

- a) A organização A define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.
- b) A organização B define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver acções que outros serviços similares não fazem . É inovadora e em certas áreas de actuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.
- c) A organização C define o sucesso com base na manutenção da actividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.
- d) A organização D determina o sucesso com base no número de actos praticados e no número de doentes tratados .Os objectivos numéricos a alcançar norteiam toda a actividade do serviço.

6. Estilo de Gestão (distribua 100 pontos)

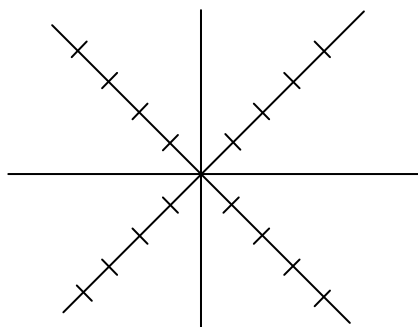
- a) O estilo de gestão na organização A é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.
- b) O estilo de gestão na organização B caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.
- c) O estilo de gestão na organização C é caracterizado pela manutenção da actividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.
- d) O estilo de gestão na organização D é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.

TRATAMENTO DE RESULTADOS

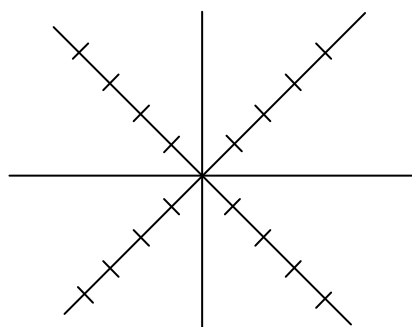
Para tratar os resultados do presente exercício, tenha em atenção que a alternativa (a) em todas as questões deve ser representada no quadrante superior esquerdo de cada matriz, a alternativa (b) deve ser representada no quadrante superior direito, a alternativa (c) deve ser desenhada no quadrante inferior esquerdo e a alternativa (d) no quadrante inferior direito. Cada eixo corresponde a 10 pontos.

Assinale no gráfico correspondente a cada dimensão cultural no quadro I a seguir apresentado, os pontos distribuídos a cada descrição. Nalguns casos, os traços podem ultrapassar a linha (quando, por exemplo, 60 ou 70 pontos são atribuídos a uma alternativa).

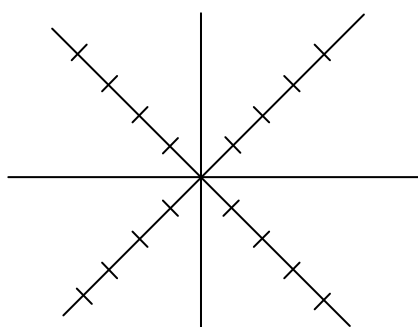
Quadro I - Dimensão da Cultura



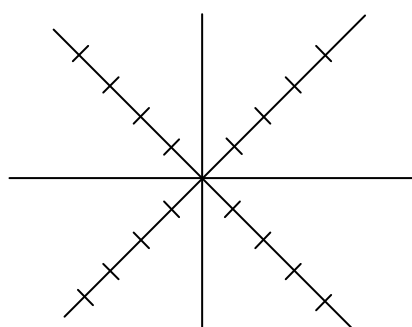
Características dominantes



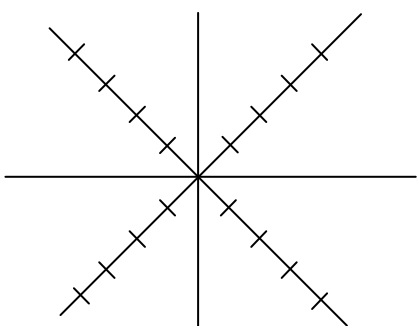
Liderança



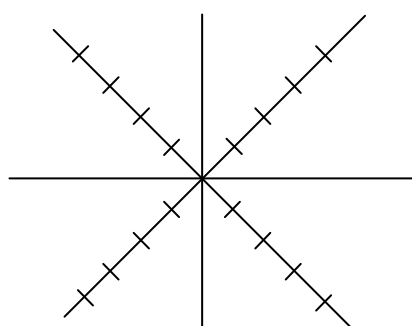
Princípios base



Clima



Critérios de sucesso

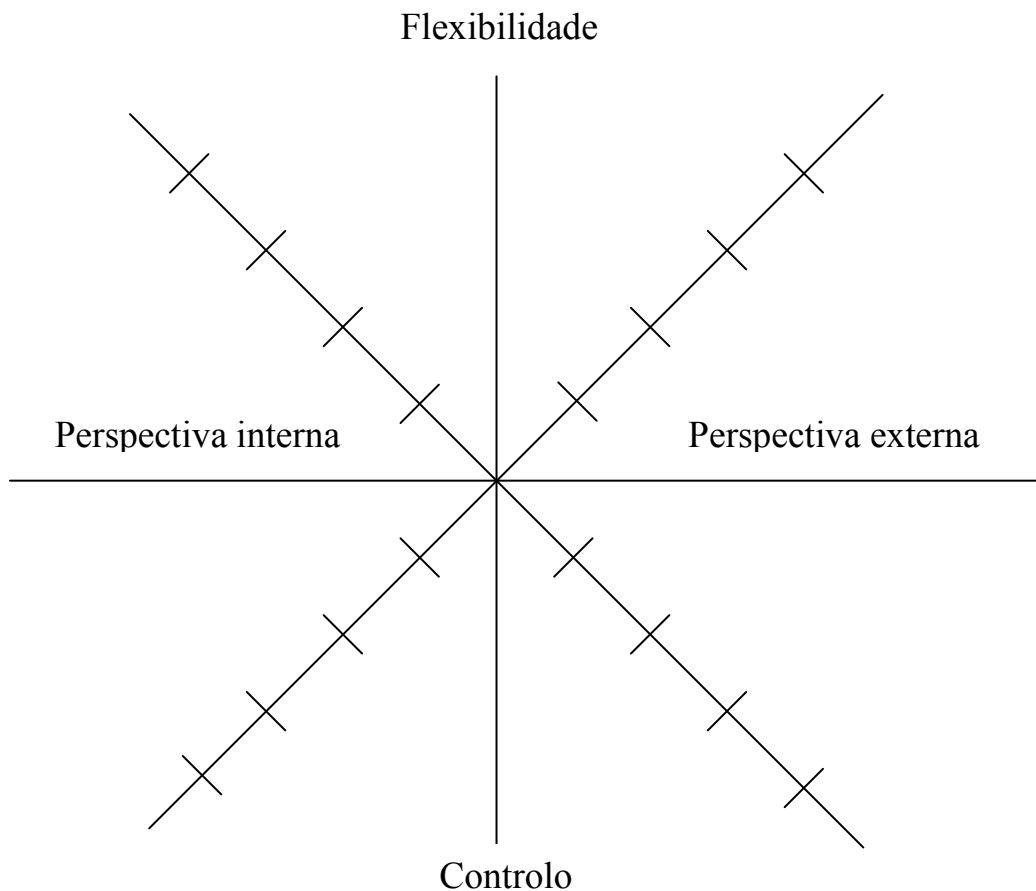


Estilo de gestão

Um perfil cultural global é estabelecido através da soma e média das alternativas a), das alternativas b), etc... Para cálculo da média, divide os resultados obtidos em cada alternativa, por seis (dimensões).

Desenhe o diagrama do perfil global no quadro II, a seguir apresentado. Como resultado, obtém-se uma figura com 4 lados, semelhante a uma estrela. Esta figura identifica os principais quadrantes da cultura da organização.

Quadro II - Perfil global da cultura



Anexo VI: Questionário de avaliação dos Comportamentos Empresariais (a perspectiva pessoal)

Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspectiva Pessoal

Adaptado de:

Quinn, R. (1988) *Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance* (Capítulo 9, pp. 127-130) Jossey-Bass Pub., S. Francisco.

GC.E.008

INSTRUÇÕES

Na lista seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. A sua tarefa consiste em indicar até que ponto se enquadra nesses comportamentos.

Utilize uma escala de sete pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”

QUESTIONÁRIO

Ao executar o meu trabalho, eu:

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Escuto os problemas pessoais dos subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Revejo meticulosamente relatórios detalhados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Influencio as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Resolvo os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Defino claramente áreas de responsabilidade para os meus subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Envolve-me de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Facilito a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Garanto a boa continuidade das operações diárias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Comparo registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Mostro empatia e preocupação ao lidar com os meus subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Estabeleço objectivos claros para a minha unidade de trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Procuro inovações e potenciais melhorias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Preocupo-me em manter uma rede de contactos influentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Procuro que o meu ritmo de trabalho não seja interrompido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Procuro demonstrar uma grande motivação no desempenho das minhas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Encorajo a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

CÁLCULO DE RESULTADOS

Para calcular os seus resultados, proceda do seguinte modo:

1. Registe todas as cotações atribuídas no exercício de auto-avaliação, no quadro a seguir apresentado. Por exemplo, suponha que nos itens n.ºs 7 e 16, atribuiu a si próprio a cotação de 5 e 6, respectivamente. Na coluna referente ao papel de facilitador, deve escrever um 5 e um 6 para os itens 7 e 16, respectivamente.

Faça o mesmo para os restantes papéis e respectivos itens;

2. Some o total cotado para os itens referentes a cada papel. Calcule a cotação total para os restantes papéis;

3. Divida cada total por dois. Continuando com o mesmo exemplo (papel de facilitador, itens 7 e 16), deve dividir 11 por dois, obtendo assim um resultado médio de 5.5. Transcreva este resultado para o referido quadro na linha das médias.

Proceda da mesma forma em relação aos restantes papéis.

QUADRO DE RESULTADOS

Facilitador

Item 7
Item 16
Total _____
Média _____

Mentor

Item 1
Item 10
Total _____
Média _____

Inovador

Item 4
Item 12
Total _____
Média _____

Intermediário

Item 3
Item 13
Total _____
Média _____

Produtor

Item 6
Item 15
Total _____
Média _____

Director

Item 5
Item 11
Total _____
Média _____

Coordenador

Item 8
Item 14
Total _____
Média _____

Monitor

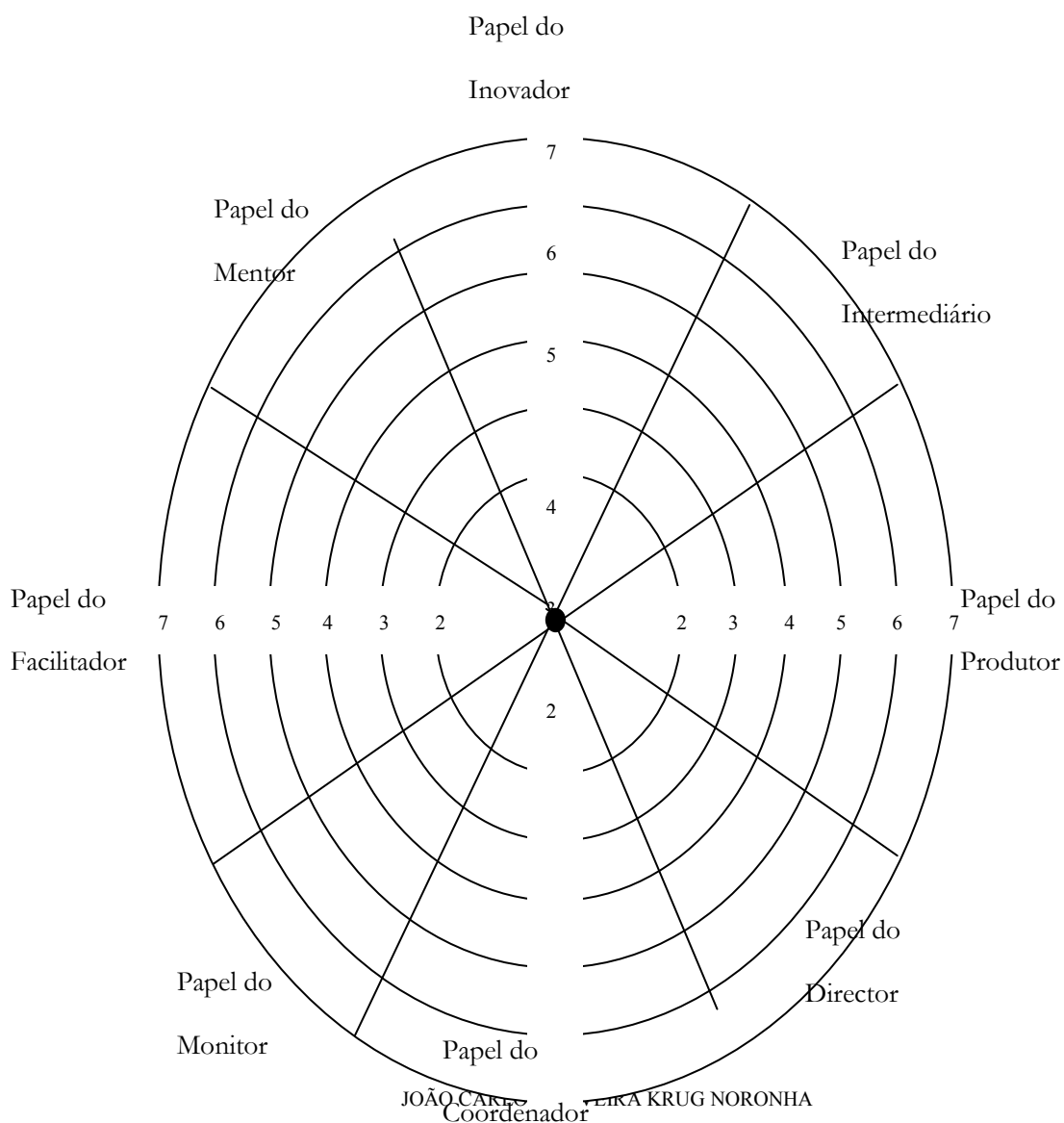
Item 2
Item 9
Total _____
Média _____

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PESSOAL

Para desenhar o seu próprio perfil deve proceder à transferência dos valores médios do quadro anterior para o diagrama a seguir apresentado e ligar os pontos através de linhas entre si.

Seguindo o exemplo a que nos temos vindo a referir, considere-se o valor médio de 5.5 para o papel de facilitador. Procure o papel de facilitador no diagrama e localize o ponto aí marcado com o número 5 e faça uma marca entre o segundo e o terceiro círculos, a contar da esquerda. Repita o processo indicado para cada um dos outros resultados.

DIAGRAMA DE PERFIS



Anexo VII: Questionário de avaliação dos Comportamentos Empresariais (a perspectiva dos outros)

Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspectiva dos Outros

Adaptado de:

Quinn, R.(1988) *Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance* (Capítulo 9, pp. 130-132) Jossey-Bass Pub., S. Francisco.

GC.E.009

INSTRUÇÕES

No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. A sua tarefa consiste em pedir aos seus subordinados que indiquem até que ponto você se enquadra nesses comportamentos. Os inquiridos deverão utilizar uma escala de sete pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

QUESTIONÁRIO

Ao executar o seu trabalho, o meu superior:

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Escuta os problemas pessoais dos subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Revê meticulosamente relatórios detalhados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Influencia as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Resolve os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Define claramente áreas de responsabilidade para os seus subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Envolve-se de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Facilita a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Garante a boa continuidade das operações diárias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Compara registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus subordinados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Estabelece objectivos claros para a sua unidade de trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Procura inovações e potenciais melhorias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Preocupa-se em manter uma rede de contactos influentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Procura que o seu ritmo de trabalho não seja interrompido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Procura demonstrar uma grande motivação no desempenho das suas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Encoraja a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

QUADRO DE RESULTADOS

Facilitador

Item 7
Item 16
Total _____
Média _____

Mentor

Item 1
Item 10
Total _____
Média _____

Inovador

Item 4
Item 12
Total _____
Média _____

Intermediário

Item 3
Item 13
Total _____
Média _____

Produtor

Item 6
Item 15
Total _____
Média _____

Director

Item 5
Item 11
Total _____
Média _____

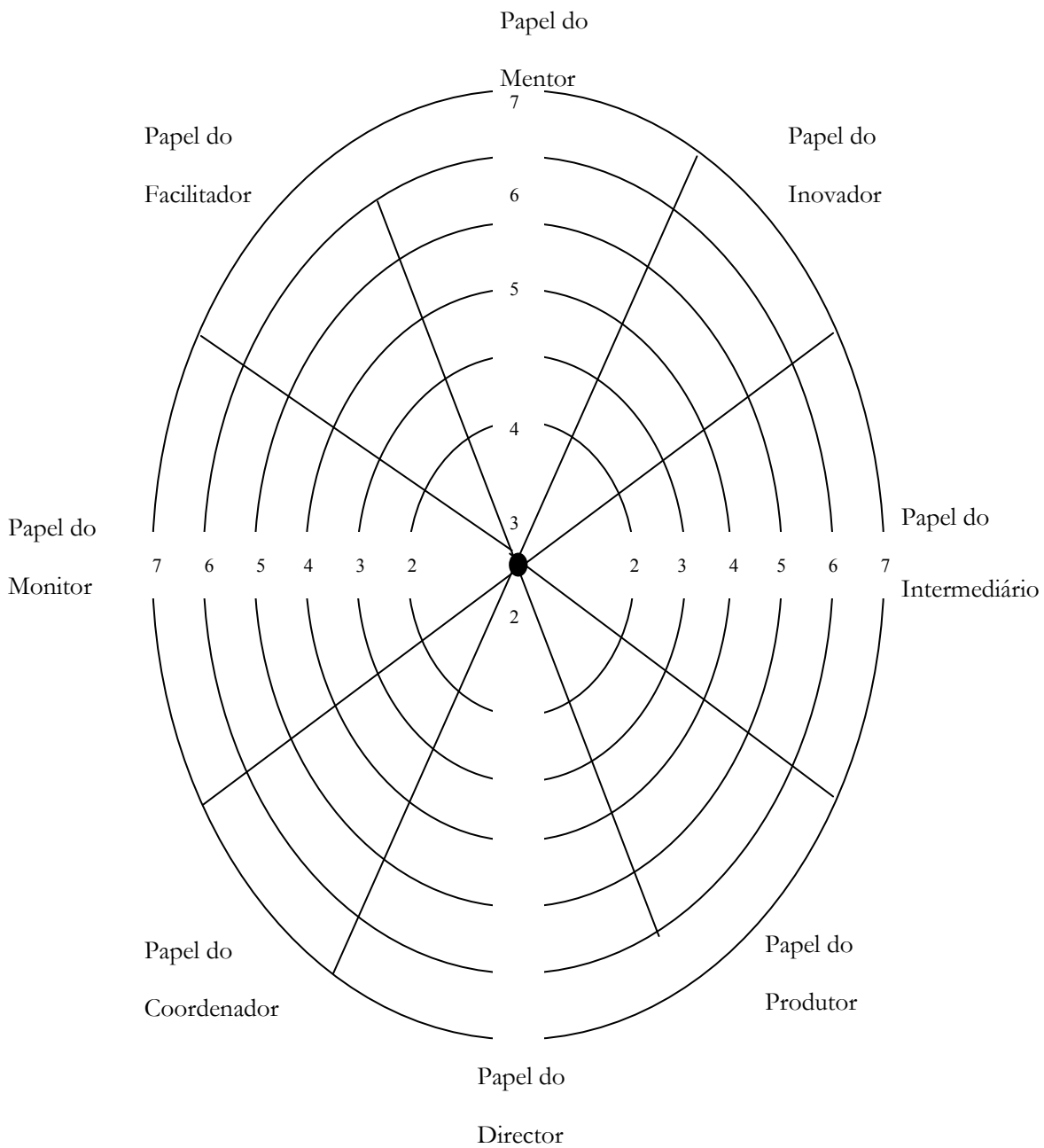
Coordenador

Item 8
Item 14
Total _____
Média _____

Monitor

Item 2
Item 9
Total _____
Média _____

DIAGRAMA DE PERFIS



Anexo VIII: Questionário de diagnóstico da Cultura de Equipa

Diagnóstico da Cultura de Equipa

Adaptado de:

Blake, R. *et al.* (1988) *Culture d'Équipe (Team Building): la grille des équipes gagnants*. Paris, Les Éditions d'Organisations.

INSTRUÇÕES:

O presente questionário tem como objectivo diagnosticar a cultura da sua equipa de trabalho. Para tal apresenta-se um conjunto de características que podem estar presentes, com maior ou menor peso, na sua equipa.

Pontue cada um dos itens indicados segundo uma escala de nove pontos, conforme o critério a seguir indicado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Não			Em parte				Absolutamente	
Característico			Característico				Característico	

DIRECÇÃO

Directivas perfeitamente claras. Responsabilidades atribuídas sem equívocos. Perfeito entendimento das tarefas a desempenhar e da respectiva importância.

REUNIÕES

As equipas são integradas, nomeadamente através de reuniões, porque existe o propósito de mobilizar todos os recursos susceptíveis de contribuir para o êxito de cada etapa.

CONFLITOS

Os conflitos são abordados frontalmente, procurando-se o conhecimento dos pontos de desacordo e a identificação das respectivas causas.

OBJECTIVOS

Os objectivos são definidos com a participação dos membros da equipa.

INOVAÇÃO

Novas experiências e contributos são bem-vindos porque estimulam a criatividade.

COMUNICAÇÃO

Os membros da equipa são informados com sinceridade, participam na análise dos problemas e na tomada de decisões.

DESCRIÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO

As responsabilidades são atribuídas de acordo com a natureza, tarefas e das qualificações das pessoas, segundo um critério que visa otimizar a interacção entre todos aqueles que estão envolvidos.

DELEGAÇÃO

Existe autonomia no desempenho das actividades em conformidade com a capacidade individual para assumir responsabilidades numa situação que se caracteriza pela interdependência entre os membros da equipa.

QUALIDADE

Os membros da equipa assumem metas de qualidade elevadas. Os resultados são excelentes dado que todos se encontram fortemente motivados para se ultrapassarem.

AVALIAÇÃO DOS DESEMPENHOS E CONTROLO DE RESULTADOS

Conjunto de procedimentos cujos critérios são previamente definidos de mútuo acordo. Implica uma Grande atenção à análise dos pontos fortes e fracos, através do feed-back mútuo.

ESPÍRITO DE EQUIPA

Existe entejuda na equipa sempre que tal é necessário, porque a coesão e a lealdade estão presentes nas relações com os seus membros.

COMPROMISSO E EMPENHAMENTO

Os membros da equipa sentem-se comprometidos com os resultados e existe satisfação pessoal pelo contributo para o sucesso.

TOTAL.....

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O resultado mínimo possível é de 12 pontos e o máximo de 108 pontos.

Uma cultura de equipa eficaz é aquela que tem score de estilo 9.9

De 12 a 36 pontos, o estilo 9.9, está praticamente ausente da equipa.

De 37 a 59 pontos, existem poucos elementos do estilo 9.9

De 60 a 83 pontos, o estilo 9.9, está de algum modo presente na equipa.

De 84 a 108 pontos, o estilo 9.9 está largamente presente na equipa

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Não característico			Em parte característico				Absolutamente característico	
DIRECÇÃO									
REUNIÕES									
CONFLITOS									
OBJECTIVOS									
INOVAÇÃO									
COMUNICAÇÃO									
DESC. POSTOS DE TRAB.									
DELEGAÇÃO									
QUALIDADE									
AVAL./CONTR. RESULT.									
ESPÍRITO DE EQUIPA									
COMPROMISSO E EMPENHAMENTO									

INTERESSE PELO FACTOR HUMANO E INTERESSE PELOS RESULTADOS

AS PRINCIPAIS COMBINAÇÕES DESTES DOIS INTERESSES

Preocupação máxima com os resultados (produção ou objetivos) e mínima com as pessoas (9.1)

A cultura organizacional dominante tende a ser conflitual e marcada pela rivalidade e crítica destrutiva.

Preocupação mínima com os resultados (produção ou objetivos) e máxima com as pessoas (1.9)

As preocupações centram-se no ambiente e condições de trabalho, bem como nas remunerações.

Preocupação mínima com os resultados (produção ou objetivos) e com as pessoas (1.1)

A cultura organizacional é marcada por um forte sentimento de necessidade de sobrevivência, pelo estrito cumprimento das regras e pela submissão hierárquica. No relacionamento interpessoal predominam os comportamentos defensivos.

Preocupação máxima com os resultados (produção ou objetivos) e com as pessoas (9.9)

Cultura organizacional caracterizada por uma forte implicação dos membros da organização, bem como pelo compromisso, explícito ou tácito, em alcançar os resultados propostos.

Anexo IX: Questionário de avaliação do *Commitment*

Commitment (Meyer e Allen 1997)

INSTRUÇÕES:

Este questionário é composto por uma série de afirmações que representam alguns sentimentos possíveis das pessoas para com a empresa onde trabalham.

Em relação aos seus próprios sentimentos acerca da empresa para onde está a trabalhar neste momento, é favor indicar o grau de acordo em relação a cada uma das afirmações. Para esse efeito, assinale uma das 7 alternativas que se seguem a cada afirmação:

O significado das 7 alternativas possíveis é o seguinte:

1. Muito em desacordo
2. Moderadamente em desacordo
3. Um pouco em desacordo
4. Nem em desacordo nem em acordo
5. Um pouco em acordo
6. Moderadamente em acordo
7. Muito em acordo

AFIRMAÇÕES:

1. Eu gostaria bastante de desenvolver o resto da minha carreira nesta empresa. ____
2. Muitas coisas na minha vida sofreriam um grande transtorno se eu decidisse sair desta empresa agora. ____
3. Eu não sinto qualquer obrigação em permanecer no meu actual emprego. ____
4. Mesmo que fosse do meu interesse, não me sentia bem em deixar agora a organização em que trabalho. ____

5. Neste momento, permanecer nesta empresa é tanto uma questão de necessidade quanto de vontade. ___
6. Sinceramente, considero que os problemas desta empresa são como se fossem também meus. ___
7. Eu não me sinto como fazendo “parte da família” na minha empresa. ___
8. Eu sinto que por falta de outras opções não posso considerar a minha saída desta empresa. ___
9. Sentir-me-ia culpado se deixasse a minha organização agora. ___
10. Esta organização merece a minha lealdade. ___
11. Uma das poucas consequências sérias da minha eventual saída desta empresa seria a de não haver muitas alternativas. ___
12. Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta empresa. ___
13. Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim. ___
14. Um dos principais motivos pelos quais continuo a trabalhar para esta empresa é que a minha saída implicaria um sacrifício pessoal considerável – uma outra empresa poderia não oferecer os mesmos benefícios que tenho nesta. ___
15. Eu não deixava a minha organização agora porque sinto que tenho uma obrigação para com as pessoas que ai trabalham. ___
16. Sinto-me em dívida para com a organização em que trabalho. _
17. Se eu não tivesse investido tanto de mim nesta organização, eu considerava seriamente a hipótese de ir trabalhar para outro sítio. ___
18. Eu não sinto um sentido de pertença forte em relação a esta empresa. ___

Anexo X: Questionário de HRO

Adaptado de:

Weick, K. e Sutcliffe, K. (1999) "Organizing for High Reliability: Process of Collective Mindfulness" *Research in Organizational Behavior*, 21, 81-123.

HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS

Identifique uma organização ou uma unidade organizacional. Coloque à frente o valor de 1 a 7, de acordo com o seu nível de concordância.

1. O ambiente de trabalho incentiva a que se escondam os erros e enganos.
2. Cometer um erro é, muitas vezes, considerado em desfavor de quem o comete.
3. As pessoas têm pouca iniciativa para resolverem os problemas inesperados que ocorrem.
4. Muitas vezes melhoramos os nossos procedimentos e actuações depois da análise das falhas detectadas.
5. Nesta organização é difícil ocultar erros de qualquer género.
6. As pessoas tomam normalmente a iniciativa de relatarem erros com consequências significativas.
7. Os gestores procuram e encorajam o relato desses erros.
8. As pessoas sentem-se incentivadas a falar aos superiores sobre os problemas.
9. As pessoas são recompensadas se detectarem problemas, enganos, erros ou falhas.
10. Especialmente para as pessoas da "linha da frente" (os que contactam directamente com os clientes), há sempre alguém disponível com capacidade para actuar, caso surjam problemas.
11. As pessoas estão sempre à procura de *feedback* sobre coisas que não estão a correr bem.
12. Temos acesso a recursos extra, caso surjam acontecimentos inesperados.
13. Esta organização encoraja as pessoas a assumirem desafios.
14. As pessoas desta organização caracterizam-se pela capacidade de aplicarem as suas competências de modos inovadores.
15. Há uma preocupação em contribuir para o desenvolvimento das competências das pessoas.

16. As pessoas da organização valorizam mais o conhecimento e a experiência do que o estatuto, ou posição hierárquica.
17. As pessoas estão empenhadas em aprender a fazer cada vez melhor o seu trabalho.
18. Se algo inesperado acontece, a pessoa mais qualificada, independentemente do estatuto hierárquico, toma as decisões.
19. Há nesta organização muita atenção e preocupação, com o que possa surgir de inesperado.
20. As pessoas sentem-se responsáveis para que a organização não falhe.
21. Há um largo consenso, entre os membros da organização sobre a maneira como as coisas podem correr mal.
22. As pessoas nesta organização não facilitam, relativamente a processos e procedimentos que possam afectar a fiabilidade do serviço.
23. Quando algo inesperado acontece, as pessoas estão mais preocupadas em ouvir e efectuarem uma análise completa da situação, do que defenderem o seu próprio ponto de vista.
24. As pessoas ouvem cuidadosamente; é raro que o ponto de vista de alguém não seja considerado.
25. As pessoas são encorajadas a expressar diferentes visões do mundo.
26. As pessoas, por vezes, não efectuam os procedimentos e controlos necessários, de modo a simplificar o funcionamento das operações.

Preocupação com a falha

19	20	21	Média

Relutância em simplificar

22	26 (r)	Média

Sensibilidade às operações

10	11	12	Média

Comprometimento com a resiliência

13	14	15	Média

Deferência com a competência

16	18	Média

Cultura de Reporting

5	6	Média

Cultura justa

1r	2r	7	8	9	Média

Cultura Flexível

3	24	25	Média

Cultura de Aprendizagem

4	17	23	Média

Anexo XI: Guião do Focus Group

Fonte: elaboração própria.

Data: previamente estabelecida (22/06/2010; 14:30-16:30h) de forma a permitir a disponibilidade total dos intervenientes.

Setting: sala reservada numa zona da clínica afastada do público e do expediente; disposição do grupo em redor de uma mesa onde serão previamente colocadas bolachas e água.

Road Map:

1. Reunir um grupo focalizado na análise do Procedimento de Gestão de Não Conformidades.
2. Criar condições que favoreçam a livre expressão e permuta das experiências e percepções do procedimento em foco, entre os colaboradores da Clínica seleccionados. Promover para o efeito um clima de total aceitação das perspectivas individuais (livre de juízos de valor/opinião); Garantir a independência desta acção de consequências organizacionais para os colaboradores.
3. Fazer um registo eficaz da reunião - não limitado à transcrição das percepções e permutas dos intervenientes – procurar compreender a dinâmica do grupo através da observação e registo de todas as comunicações verbais e não verbais.

Grupo:

5, 6 pessoas, condições de inclusão - participação em qualquer das etapas do procedimento em análise.

Facilitador (o investigador) – responsável pelo setting, temporização da sessão, coordenação das intervenções e dinâmica do grupo. Recurso a questões abertas que facilitem a expressão das perspectivas individuais e a dinâmica de grupo.

Relator (Psicóloga) - responsável pelo registo de percepções e registo/análise das questões visíveis e não visíveis observáveis durante a sessão.

Materiais: formulário de registo de não conformidades (modelo 10), papel e caneta;

Mesa, cadeiras, água e bolachas.

Método:

Introdução – o propósito deste grupo é a reunião de dados para uma investigação no âmbito duma tese de mestrado. A referida investigação procura estabelecer quais os factores condicionantes (dificuldades e facilitadores) à implementação do Procedimento de Gestão de Não Conformidades na Clínica. Para se atingir esse objectivo é necessário que não haja qualquer tipo de limites à participação de cada um. Tudo o que disserem não será usado na organização, nomeadamente para fins de avaliação do vosso desempenho como colaboradores.

Prever silêncios desconfortáveis – emprego de questões cenário:

Cenário A) - Detectam uma oportunidade de melhoria que pretendem registar (acham que é realmente uma muito boa ideia). Mas quando o vão fazer lembram-se que terão de entregar o modelo 10 ao gestor do processo, perdendo vocês o controlo sobre o que se vai passar a seguir, quem vai ser envolvido, se a ideia vai ser aceite/rejeitada, como proceder?

Cenário B) - Detectam uma não conformidade. Esta parece envolver uma falha da aparente responsabilidade de um colega, que fazer?


Cenário C) – Ao analisar os registos de não conformidades da última semana encontram uma reclamação que na vossa Qualidade de responsáveis do sistema da Qualidade, sabem irá comprometer as metas anuais da Clínica em termos de reclamações, que pensar? Como proceder?

Cenário D) – durante uma visita a uma clínica, por exemplo para acompanhar um familiar que vá fazer exames, observam que existe um procedimento que se aplicado clínica Krug Noronha, poderia melhorar de alguma forma o atendimento aos seus utentes. Sendo vossa intenção trazer esse procedimento para a Clínica, como proceder, como participar na análise desta questão?

Cenário E) – durante o preenchimento da base de dados que tipo de dificuldades ocorrem? Como se processam as acções de seguimento dos resultados das medidas implementadas?

Antes de terminar a sessão, agradecer a participação de todos.

Anexo XII: Formulário de Registo (modelo 10)

		REGISTO PARA MELHORIA			
		1. RECLAMAÇÃO DE CLIENTES <input type="checkbox"/>	2. NÃO CONFORMIDADE INTERNA <input type="checkbox"/>	4.1. OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/>	4.2. OPORTUNIDADE DE MELHORIA <input type="checkbox"/>
		3. RECLAMAÇÕES A FORNECEDORES <input type="checkbox"/>			
5. IDENTIFICADA POR:		6. PREENCHIDO POR:			
7. DESCRIÇÃO (PODE ANEXAR DOCUMENTO ONDE A DESCRIÇÃO SE ENCONTRE JÁ COMPLETA, EVITANDO ASSIM A CÓPIA PARA O ESPAÇO SEGUINTE)					
8. DATA: ___ / ___ / ____ ENTREGAR À GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES, POR FAVOR, MUITO OBRIGADO.					
9. PASSA AO PA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		10. SE "SIM", N.º no PA: ____ (N.º) / ____ (Ano)			
11. Se não passou ao Plano de Acção, justifique o motivo:					
12. GESTORA DE NÃO CONFORMIDADES		13. Data: ___ / ___ / ____			
ACÇÕES DEFINIDAS:					
14. ACÇÃO: Cr - Correção / C - Correctiva / P - Preventiva / M - Melhoria		15. ESTABELECIMENTO (RESPONSABILIDADE / DATA)		16. PREVISÃO DE IMPLEMENTAÇÃO	
				17. PREVISÃO DE ENCERRAMENTO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PI* ___ / ___ / ____	RI* _____
				PE* ___ / ___ / ____	RE* _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PI* ___ / ___ / ____	RI* _____
				PE* ___ / ___ / ____	RE* _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PI* ___ / ___ / ____	RI* _____
				PE* ___ / ___ / ____	RE* _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PI* ___ / ___ / ____	RI* _____
				PE* ___ / ___ / ____	RE* _____

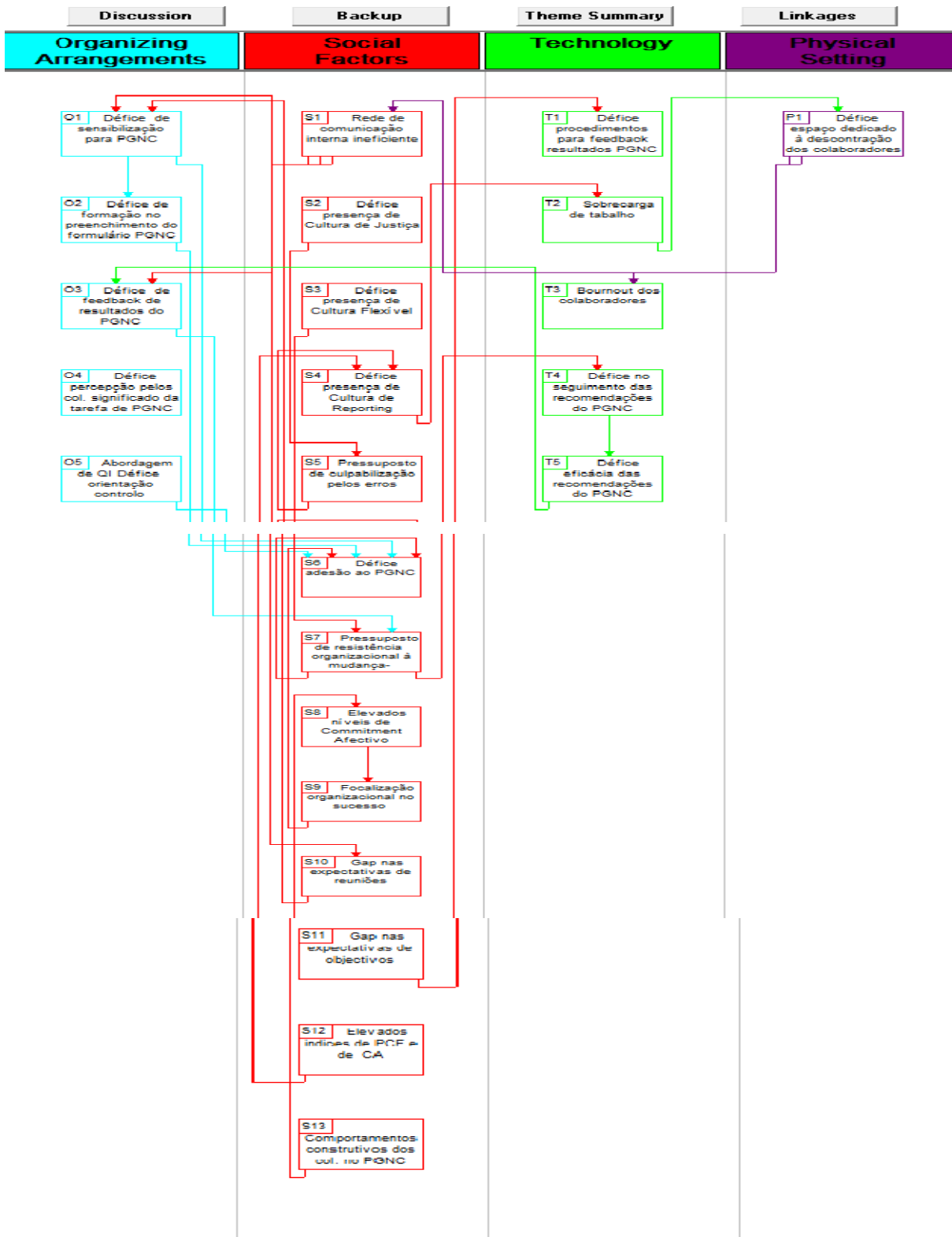
PI = Previsão de Implementação; PE = Previsão de Encerramento; RI = Responsável pela Implementação; RE* = Responsável pelo

	REGISTO PARA MELHORIA			
	1. RECLAMAÇÃO DE CLIENTES	<input type="checkbox"/>	2. NÃO CONFORMIDADE INTERNA	<input type="checkbox"/>
	3. RECLAMAÇÕES A FORNECEDORES	<input type="checkbox"/>	4.1. OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>
			4.2. OPORTUNIDADE DE MELHORIA	<input type="checkbox"/>

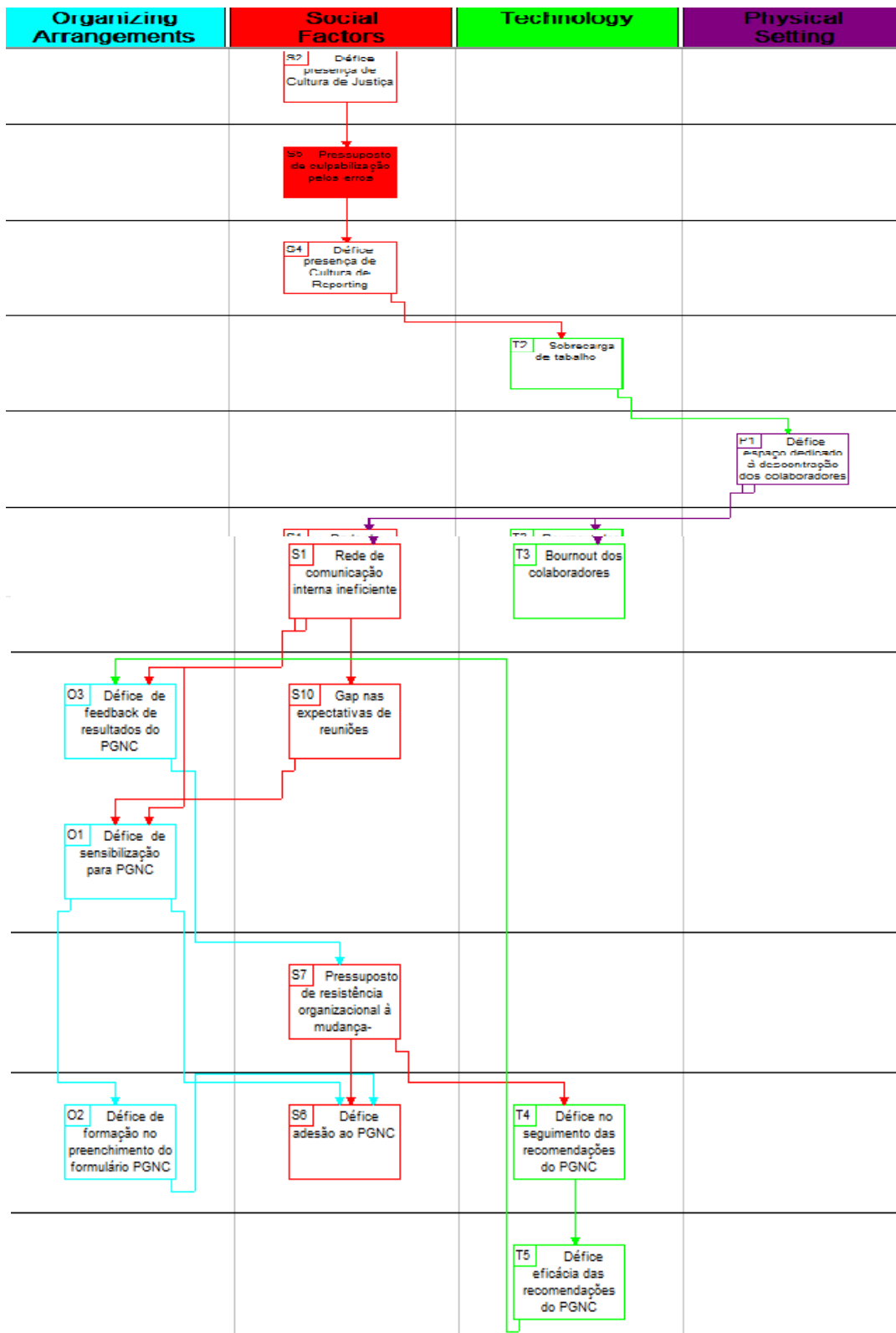
IMPLEMENTAÇÃO				
SEGUIMENTO: PLANEAMENTO E CONCRETIZAÇÃO				
18. IMPLEMENTADA EM / POR	19. RESPONSÁVEL	20. METODOLOGIA	21. A EFECTUAR	22. EFECTUADO EM / POR
__ / __ / __ _____	_____		__ / __ / __	EM: __ / __ / __ POR: _____
__ / __ / __ _____	_____		__ / __ / __	EM: __ / __ / __ POR: _____
__ / __ / __ _____	_____		__ / __ / __	EM: __ / __ / __ POR: _____
__ / __ / __ _____	_____		__ / __ / __	EM: __ / __ / __ POR: _____

ENCERRAMENTO FORMAL E AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA			
23. ENCERRAMENTO EFECTUADA/O EM / POR	24. EFICAZ:	25. SE ACÇÕES NÃO EFICAZES:	
<input type="checkbox"/> __ / __ / __ _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	NOVO REGISTO ABERTO?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> __ / __ / __ _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> __ / __ / __ _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE "SIM", N.º no PA:	__ (n.º) / __ (Ano)
<input type="checkbox"/> __ / __ / __ _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
26. ASSINATURA:			27. DATA: __ / __ / __

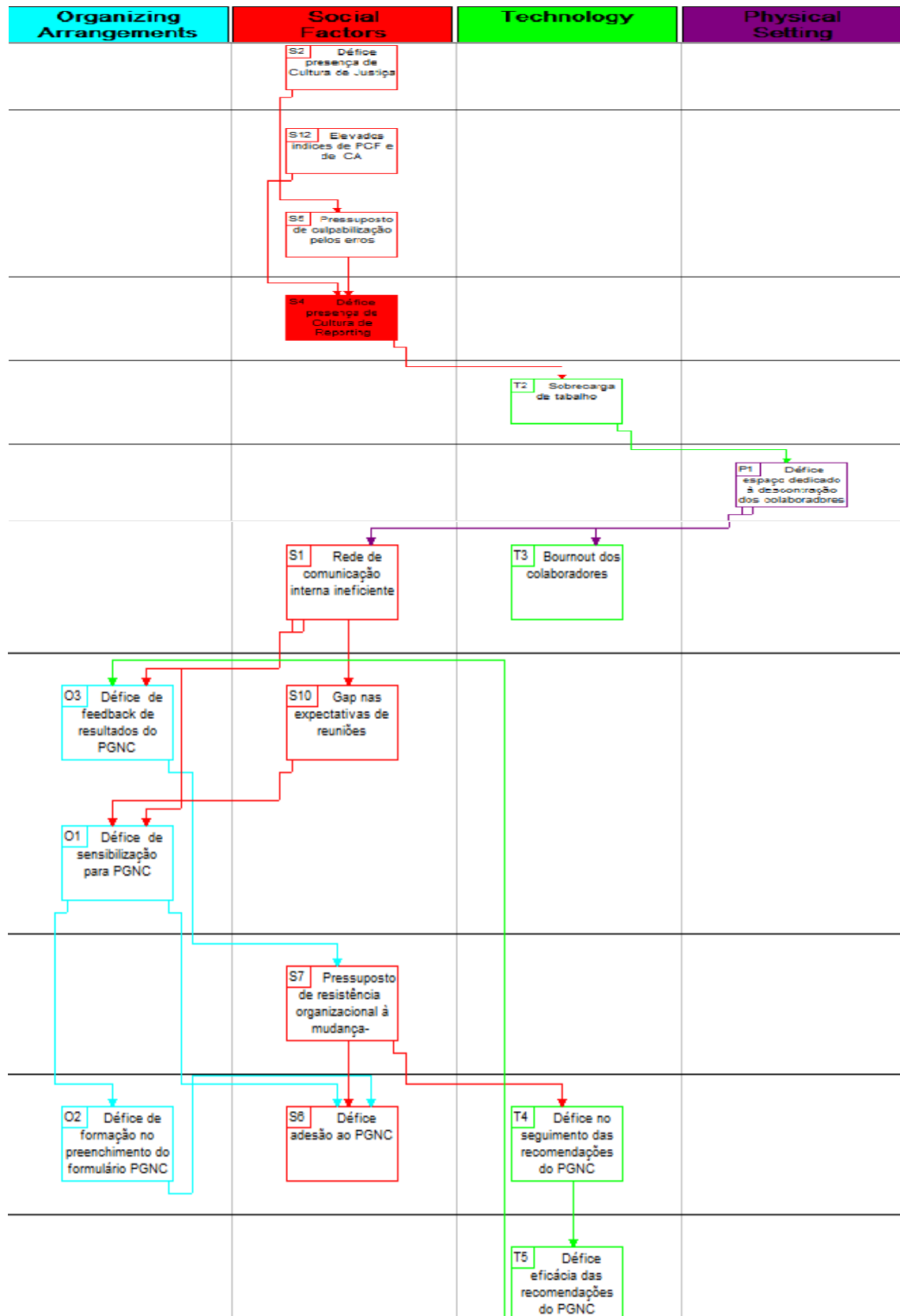
Anexo XIII: Carta de diagnóstico geral



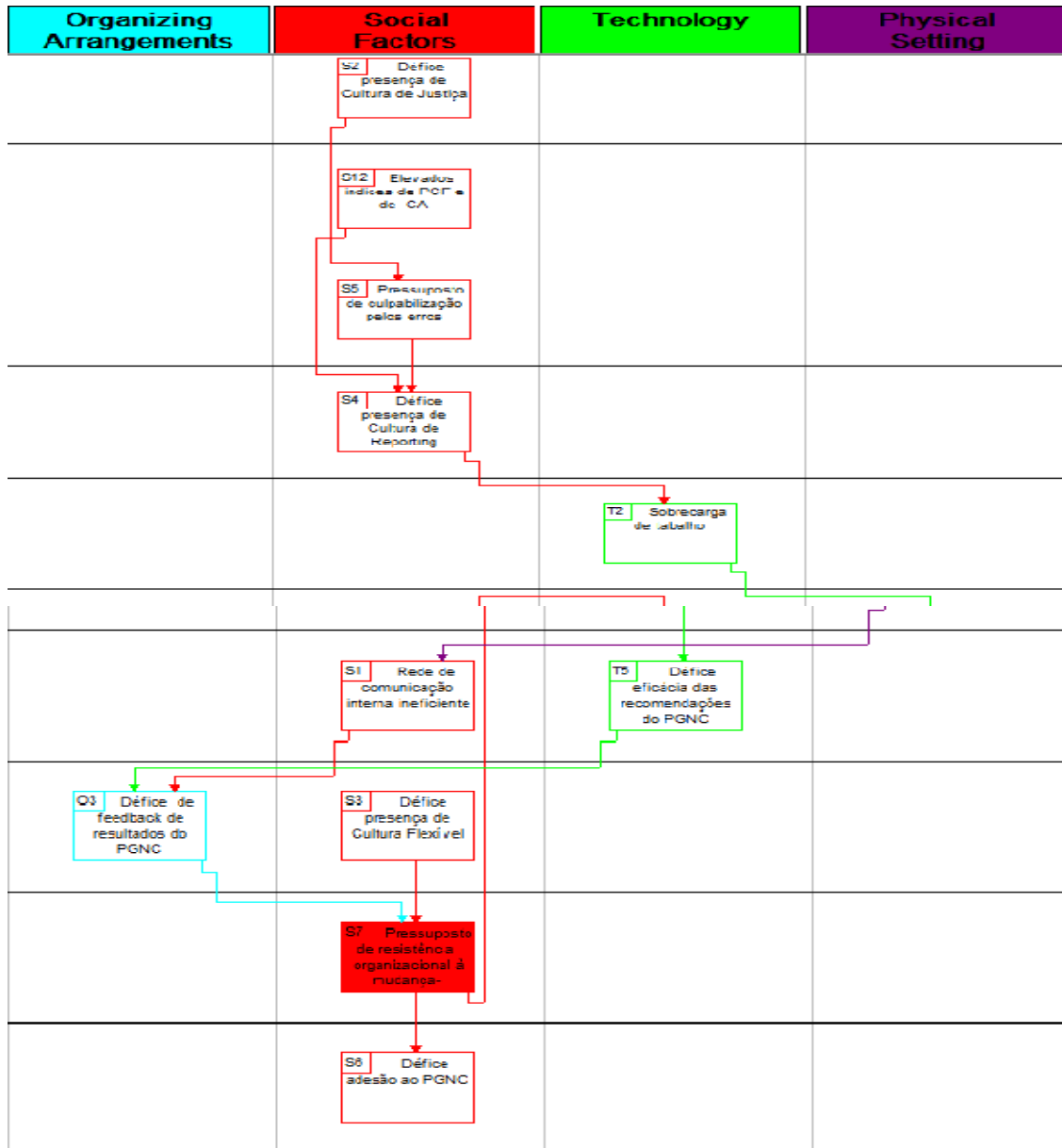
Anexo XIV: Diagnóstico ao Pressuposto de culpabilização pelos erros



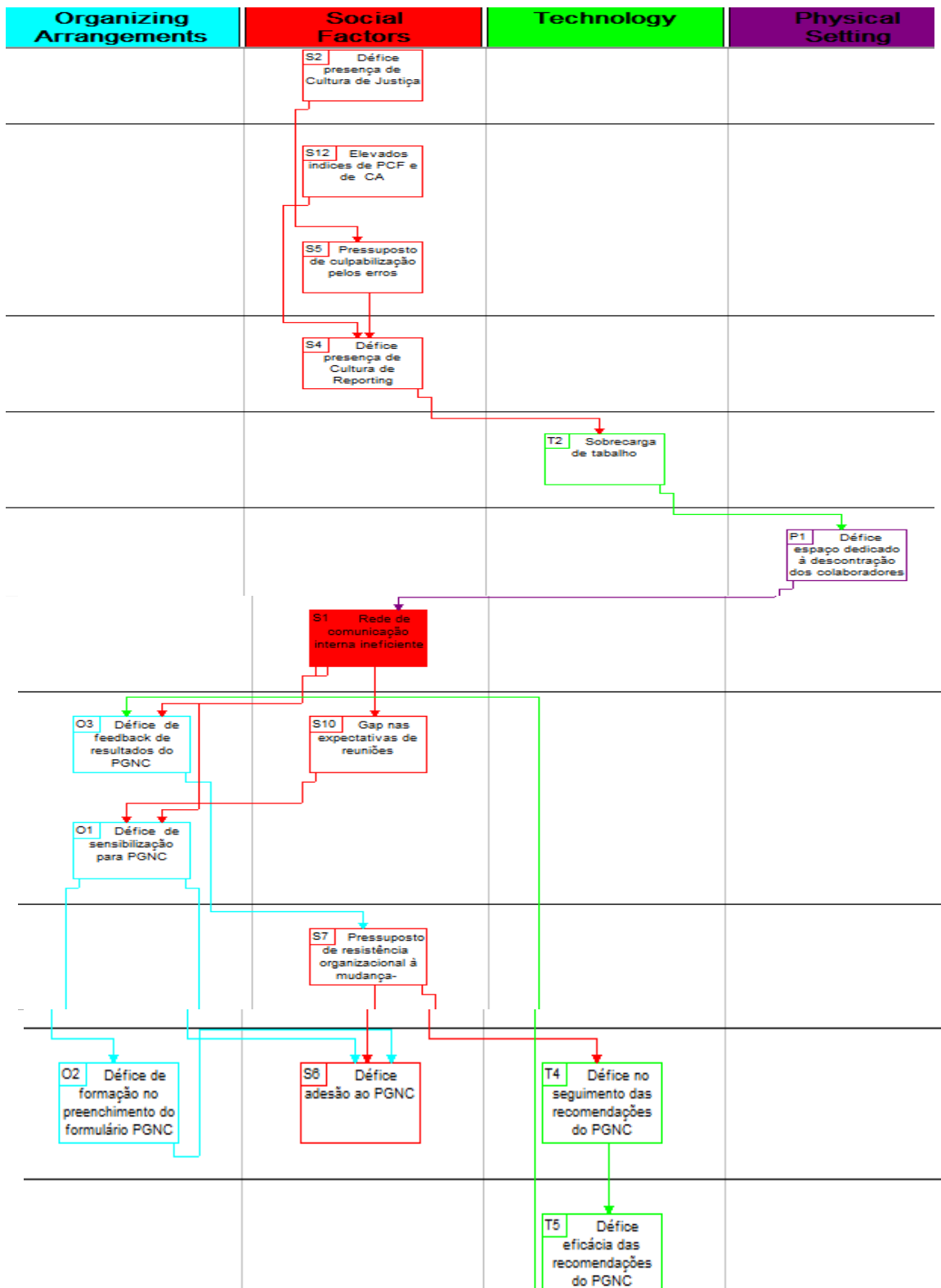
Anexo XV: Diagnóstico ao défice de Cultura de Reporting



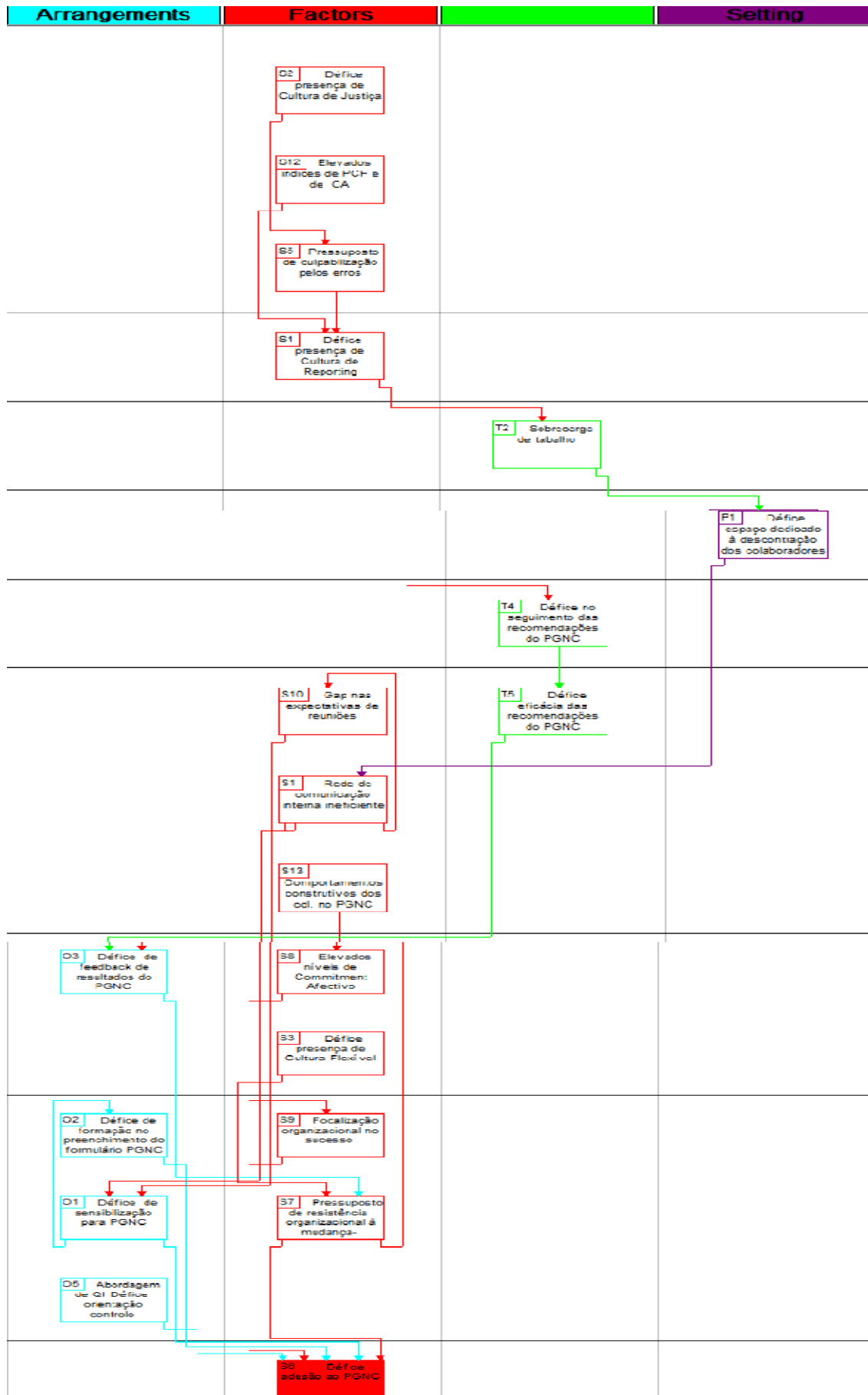
Anexo XVI : Diagnóstico Pressuposto de Resistência à Mudança



Anexo XVII: Diagnóstico à Rede de Comunicação Interna Ineficiente



Anexo XVIII: Diagnóstico ao Défice de Adesão ao PGNC



REFERÊNCIAS

- ACSS (2010), <http://www.acss.min-saude.pt>.
- Alexander J., Bryan, J. e Griffith, J. (2006), Quality Improvement and Hospital Financial Performance, *Journal of Organizational Behavior*, 27, 1003-1029.
- American Society for Quality (2008), Basic Concepts Glossary, www.asq.org/glossary/q.html
- Argyris, C. e Schon, D. (1978), *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA, Addison-Wesley.
- Argyris, C. e Schon, D. (1996), *Organizational Learning*. Addison-Wesley.
- Best, M. e Neuhauser, D. (2008), Kaoru Ishikawa: From Fishbones to World Peace, *Quality and Safety in Health Care*, 17 (2), 52-150.
- Blake, R., Mouton, J. e Allen, R. (1988), *Culture d'Equipe. La Grille des Equipes Gagnants*. Paris, Les Editions d'Organisations.
- Boiral, O. (2003), ISO 9000: Outside the Iron Cage, *Organization Science*, 14, (6), 720-737.
- Bryman, A. (2008), *Social Research Methods*. Oxford, 13, Oxford University Press.
- Cameron K. e Quinn, R. (1999), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. Ed. 1, Addison-Wesley.
- Cannon-Bowers e Edmonson, A. (2001), Confronting Failure: Antecedents and Consequences of Shared Beliefs about Failure in Organizational Work Groups, *Journal of Organizational Behavior*, 22, 161-177.
- Casalou, R., (1990), Total Quality Management in Health Care, *Hospital & Health Services Administration*, 36, 134-146.
- Childress, J. e Seen, L. (1995), *In The Eye of the Storm*. Los Angeles, The Leadership Press.
- Clínica Dr. Krug Noronha (2010), <http://www.krug.pt/>
- Cole, R. (1999), *Managing Quality Fads: How American Business Learned to Play the Quality Game*. Oxford, Oxford University Press.
- Cook, S. e Yanow, D. (1993), Culture and Organizational Learning, *Journal of Management Inquiry*, 2, 373-390.
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crisis*. Cambridge. Cambridge University press.
- Deming, W.E. (1994), *The New Economics: For Industry, Government, Education*. Cambridge, MA, MIT Center for Advanced Educational Services.
- Denison, D., Hooijberg, R. e Quinn, R. (1995), Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership, *Organization Science*, 6, 524-540.
- Donobedian, A., (1996), The Effectiveness of Quality Assurance, *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (4), 401-407.
- EFQM (2010), www.efqm.org/en.

ERS (2009), <http://www.ers.pt>.

Fiol, C. e Liles, M., (1985), Organizational Learning, *Academy of Management Review*, 10(4), 803-813.

Flamholtz, E. e Randle, Y., (1987), *The Inner Game of Management*. Amacom.

Folland, S., Goodman, A e Stano, M. (2007), *The Economics of Health and Healthcare*. Ed. 5, Pearson Education International.

Fragata, J. e Martins L. (2004), *O erro em Medicina*. Lisboa, Ed 1, Almedina.

Garvin, D. (1984), What Does Product Quality Really Mean? *Sloan Management Review*, 26 (1), 25-43.

Hofstede, G. (2001), *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. Ed 2, Sage.

Hooijberg, R. e Quinn, R. (1992), Behavioral complexity and the development of Effective Managers, in Philips, R. e Hunt, G. (eds.), *Strategic Leadership: A Multiorganizational-Level Perspective*. Westport, Quorum.

Igalens, J. (1998) Perception par les DRH des Liaisons entres quelques Pratiques de Gestion de la Qualité et dés Indicateurs de Mobilisation dés Ressources Humaines, *Revue Economie et Société*, Series Ciencias de Gestion, N° especial XX aniversário, 169-180.

IGAS (2010), <http://www.igas.min-saude.pt>.

INE(2009),http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, National Academies Press.

Ishikawa, K (1995), *What is Total Quality Control*. Rio de Janeiro, Ed. 4, Campus.

Jensen, M. e Meckling, W. (1976), Theory of The Firm; Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.

Juran, J. (1997), *A Qualidade desde o Projecto*. Brasil, Ed. 3, Pioneira.

Kaplan, R. e Norton, D. (1996), *The BSC: Translating Strategy Into Action*, Boston, MA, Harvard Business School Press.

Kim, D.H. (1993), The Link between Individual and Organizational Learning, *Sloan Management Review*, 35(1), 37-50.

King, B. (1990). Healthcare as a Quality Trendsetter, *Healthcare Forum Journal*, 33, 17-18.

Koska, M. (1991), New JCAHO Standards Emphasize Continuous Quality Improvement, *Hospitals*, 65, 41-44.

Lambert, G., Ouedraogo, N (2008), Empirical Investigation of ISO 9001 Quality Manangement Systems – Impact on Organizational learning and Process Performances, *Total Quality Management*, 19 (10), 1071-1085.

Larson, K. (1990), Hospitals Trustees Lead Quality Efforts, *Quality Progress*, 23, 31-34.

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

- Martin, R. (2010), Uma nova Idolatria, *Semanário Expresso*, 1 de Maio.
- Merry, M. (2003), Healthcare's Need for Revolutionary Change, *Quality Progress*, 23 (9), 31-35.
- Meyer, J. e Allen, N. (1997), *Commitment in the the Workplace: Theory Research and Application*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Mintzberg, H. (2004), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Ed. 3, Dom Quixote.
- Mirvis, P. (1985), *Work in the 20Th Century: America's Trends and Tracts, Visions and Values, Economic and Human Development*. Rev Ed. Cambridge, MA: Rudi Press.
- Mukherjee, A. A., Lapré, M., Van Wassenhove, L. (1998), Knowledge Driven Quality Improvement, *Management Science*, 44, (11), 35-49.
- Perrow, C. (1999), *Normal Accidents*. New Jersey, Princeton University Press.
- Pires, A. (2007), *Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa, Ed.3, Sílabo.
- Porras, J. (1987), *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Addison-Wiley.
- Quinn, R. (1988), *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*, S. Francisco, Jossey-Bass.
- Quinn, R. et al. (2007), *Becoming a Master Manager – A Competing Values Approach*. Ed.4, John Wiley and Sons.
- Ramussen, J. Pejtersen, A. Goodstein, L. (1994), *Cognitive Systems Engineering*, John Willey and Sons.
- Reason, J. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing ltd.
- Reto, L. e Nunes, F. (1999), Métodos como Estratégia de Pesquisa Problemas Tipo numa Investigação, *Revista Portuguesa de Gestão*, 1, 21-31.
- Santos, N. e Teixeira, A. (2009), *Gestão da Qualidade – De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa, Ed.1, Sílabo.
- Schein, H.E. (1996a), Culture: The Missing Concept in Organization Studies, *Administrative Science Quarterly*, 41, 229-240.
- Schein, H.E. (1996b), Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning, *Sloan Management Review/Fall 1996*, 9-19.
- Schein, H.E. (1999), *The Corporate Culture*. Survival Guide, Waren Bennis Book.
- Sitkin, S., Sutcliffe, K. e Schroeder, R. (1994), Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: A Contingency Perspective, *Academy of Management Review*, 19, 537-564.
- Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A., Johnston, R. (1999), *Administração da Produção*. São Paulo, Atlas.
- Spath, P. (2009), *Introduction To Healthcare Quality Management*. Health Administration Press.

Uselac, S. (1993), *Zen Leadership: The Human Side of Total Quality Team Management*. Loudonville, Ohio: Mohican.

Weick, K. e Sutcliffe, K. (1999), Organizing for High Reliability: Process of Collective Mindfulness, *Research in Organizational Behavior*, 21, 81-123.

Weick, K. e Sutcliffe, K. (2001), *Managing the Unexpected*. Jossey-Bass.

WHO (2008), Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach, <http://www.euro.who.int/document/e91317.pdf>.

Yin, K. (2005), *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*, trad. Daniel Grassi –XI, Bookman.