



CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DAS COMPETÊNCIAS DE
ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE QUE UM
FISIOTERAPEUTA RECÉM-GRADUADO NECESSITA

Rita Joana Daniel Cerqueira

Dissertação de Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Doutor Carlos Dias da Silva (MSc) Especialista

Co-orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL

Outubro 2013

ABSTRACT

Even though contents in administration and management are already part of most academic curriculum concerning basic physiotherapy training in Portugal, the competencies in this area that are necessary for the newly-graduate physiotherapists are unknown. Inquiring Portuguese physiotherapists with experience performing management responsibilities with the modified FINHOP questionnaire, this study sought to identify and prioritize the administration and management competencies that the mentioned newly-graduates need at the beginning of their career. A total of 9 competencies regarding the Human resource management, Operations management and Information management areas, were considered by the participants as requiring from the newly-graduate physiotherapist a moderate performance with assistance in particular situations, therefore those competencies should be included in the curriculum content of basic training. The small sample gathered of 28 participants, makes the results obtained only a reference, suggesting a future study that should attain a representative sample of the population to confirm the identified competencies and to differentiate the level of knowledge that would be required regarding the contents to include in the academic curriculum.

Keywords: Competencies, administration and management, physiotherapist, manager.

RESUMO

Apesar de conteúdos de administração e gestão já constarem da maioria dos planos de estudos académicos da formação base em fisioterapia em Portugal, desconhece-se que competências desta área são necessárias aos recém-graduados. Este estudo utilizou o questionário FINHOP modificado junto de fisioterapeutas Portugueses experientes no desempenho de funções com responsabilidades de gestão, para identificar e priorizar as competências de administração e gestão que os referidos recém-graduados necessitam no início da sua atividade profissional. Um total de 9 competências das áreas de Gestão dos recursos humanos, Gestão das operações e Gestão da informação, foram consideradas pelos participantes como requerendo do fisioterapeuta recém-graduado um desempenho moderado com ajuda em situações concretas, devendo ser incluídas nos planos de estudos da formação base. A pequena amostra conseguida, 28 participantes, faz com que os resultados obtidos sejam apenas uma referência, sugerindo um estudo futuro com uma amostra representativa da população para confirmação das competências identificadas e para uma maior diferenciação em termos do nível de aprofundamento dos conteúdos a incluir nos planos de estudos académicos.

Palavras-chave: Competências, administração e gestão, fisioterapeuta, gestor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Carlos Dias da Silva cujo pedido para orientação desta tese foi a melhor e mais importante decisão que tomei. Para além do evidente à vontade na sua área de conhecimento que me ajudou a encontrar soluções para os problemas que foram surgindo, surpreendeu-me superando em muito as minhas expectativas relativamente aos incómodos que um orientador está disposto a suportar para ir ao encontro da disponibilidade da sua orientanda. Muito obrigado.

Agradeço à Professora Sofia Portela cuja entrada para a equipa me fez acreditar, sem a menor sombra de dúvida, que conseguiríamos “levar o barco a bom porto”. Muito obrigada.

Desejo também agradecer a todos os que de alguma forma me ajudaram neste projeto.

Enf. Susana Ramos, Ft. Conceição Bettencourt, Dr. Luís Pisco, Dra. Kathleen Luedtke-Hoffmann, Ft. Luísa Simões, Dra. Paula Fernandes, Ft. Isabel de Souza Guerra, Ft. João Baptista, T. A. F. Ana Margarida Gouveia, Ft. Ana Barão, Ft. Amélia Pereira, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas e a todos os participantes no estudo. Muito obrigado.

Finalmente agradeço à minha família, amigos e colegas de trabalho pelo seu apoio e entusiasmo. Muito obrigado.

ÍNDICE

ABSTRACT	III
RESUMO.....	IV
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
INTRODUÇÃO.....	10
1. REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1. A Gestão em Saúde.....	12
1.2. A Importância dos Cuidados de Saúde Primários na Atual Conjuntura	14
1.3. O Papel do Clínico Gestor	16
1.3.1. Funções e objetivos.....	16
1.3.2. Prós e contras da dualidade inerente ao papel	20
1.3.3. Gestores clínicos vs administradores.....	25
1.3.4. A realidade da prática quotidiana	27
1.3.5. A educação como solução de compromisso	29
1.4. O Fisioterapeuta enquanto Clínico Gestor	31
1.4.1. O fisioterapeuta em Portugal	32
1.4.2. Planos de estudos da formação base	35
1.4.3. A investigação sobre os conteúdos programáticos em gestão.....	36
1.4.4. A importância da adaptação à cultura Portuguesa.....	42
1.4.5. A escolha do instrumento de investigação.....	44
2. METODOLOGIA	47
2.1. Problema	47
2.2. Questão.....	48
2.3. Objetivos	48
2.4. População e amostra	49
2.5. Instrumento	49
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
3.1. Caracterização da Amostra.....	53
3.2. Análise das Competências de Administração e Gestão dos Fisioterapeutas.....	57

3.3. Discussão dos Resultados	64
4. CONCLUSÃO	70
ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de consistência interna	57
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Género dos inquiridos	53
Figura 2 – Grau académico dos inquiridos.....	54
Figura 3 – Anos de experiência profissional como fisioterapeuta (por escalão).....	54
Figura 4 – Anos de experiência como gestor (por escalão).....	55
Figura 5 – Anos de experiência como professor (por escalão)	55
Figura 6 – Função atualmente desempenhada pelos inquiridos	56
Figura 7 – Envolve da prática profissional.....	56
Figura 8 – Distrito onde o inquirido exerce a profissão	57
Figura 9 – Valores médios das categorias FINHOP.....	58
Figura 10 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão da informação” ..	59
Figura 11 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Funcionar em rede”	60
Figura 12 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão de recursos humanos”.....	61
Figura 13 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão das operações” ..	62
Figura 14 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Planeamento e previsão”	63
Figura 15 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão financeira”	64

INTRODUÇÃO

A “saúde” é uma componente fundamental do tecido sócio, económico, cultural que serve de base a uma sociedade. O termo “saúde” abrange neste contexto semântico, e em analogia com uma representação cénica, 3 grandes grupos de atores – utentes, profissionais do sector e pagadores –, um mercado vasto e em permanente mudança que representa o texto dramático através do qual a narrativa se desenvolve e ainda os sistemas de saúde e as leis constitucionais do país, que formam e caracterizam o cenário onde a ação se desenrola.

Os profissionais de saúde devem ser sensíveis a todos os componentes deste complexo contexto no qual tomam parte ativa. Cada vez mais as competências técnicas por si só se mostram insuficientes para uma carreira profissional bem-sucedida. É fundamental estar atento ao meio envolvente e ter a capacidade de interagir com os restantes intervenientes, compreendendo as suas motivações, expectativas e objetivos, bem como as regras e procedimentos e ainda os meios físicos e financeiros disponíveis. Dito de outra forma, ter a capacidade de reconhecer e responder a um conjunto de fatores sociais, culturais, económicos, legislativos e demográficos (Canadian Universities Physiotherapy Academic Council, 2009). É desta maneira que as competências de administração e gestão trazem uma mais-valia para os profissionais de saúde.

Os fisioterapeutas encontram-se entre estes profissionais e têm constantemente de se assegurar de que fazem parte do processo de tomada de decisão relativa à prestação de cuidados de saúde, sob pena de perderem espaço de autonomia e individualidade face a outros grupos profissionais mais ativos. Deve ainda ser sublinhada a importância de os fisioterapeutas agirem como profissionais que são responsabilizados perante o consumidor (Cleather, 2008).

O ênfase que atualmente se coloca na qualidade leva a que as agências de acreditação dos serviços de saúde necessitem de avaliar as competências dos vários elementos das organizações de saúde. Estão assim incluídos no processo de acreditação não só os elementos operacionais que prestam os cuidados de saúde mas também os elementos que gerem e administram estas organizações. Para que este processo seja

levado a cabo é então necessário que as agências de acreditação reconheçam as competências que devem ser requeridas a cada grupo profissional. Schafer (2002) refere que nos Estados Unidos da América foi desenvolvido por um grupo de fisioterapeutas diretores um documento que listava competências de gestão necessárias aos fisioterapeutas gestores, por forma a responder aos pedidos feitos por várias agências de acreditação, ainda que a validade dos dados obtidos desta forma ainda não tenha sido testada. Mas para que determinadas competências sejam exigidas aos profissionais é necessário perceber o que distingue e caracteriza em particular o contexto da gestão dos serviços de saúde da administração e gestão de uma forma geral, para que se possam identificar as necessidades educativas dos gestores desta área (Davies, 2006). É também vital compreender que competências são mais úteis quando desempenhadas num determinado contexto, para que se possa distinguir o que é fundamental que qualquer fisioterapeuta possua desde a formação base do que pode ser adquirido mais tarde consoante as características do meio onde exerce a sua atividade.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. A Gestão em Saúde

Desde muito cedo que o ser humano sentiu necessidade de gerir as atividades que desenvolve. Exemplo disso são as técnicas básicas de gestão encontradas na cidade de Ur no Iraque que datam de 3 000 A.C. e que incluem o registo das transações efetuadas por sacerdotes Sumérios. Foram também encontrados registos escritos, na China Antiga e em papiros Egípcios datados de 1 300 A. C., onde se reconhece a importância da organização e administração em estados burocráticos (Pindur, Rogers & Pan Suk, 1995). Em 433 D. C. Átila, o Huno, utilizava já alguns dos princípios de liderança que ainda hoje fazem parte da gestão moderna, nomeadamente responsabilizava-se por dirigir as ações de terceiros por forma a atingir os objetivos da empresa; bem como, delegava autoridade a vários níveis com a respetiva responsabilização pelo sucesso e pelo fracasso (Pindur *et al.*, 1995). No entanto, só vários anos mais tarde, no século XIX, fomentadas pela necessidade de planear, organizar, influenciar e controlar as atividades fabris resultantes da revolução industrial, surgiram as primeiras correntes de pensamento académico amplamente divulgado. Estas últimas pretendiam criar uma base de raciocínio científico para a gestão das organizações (Pindur *et al.*, 1995).

Por volta de 1880, Frederick W. Taylor destacou-se ao verificar a necessidade de colaboração entre gestores e operários, de controlar os custos e de analisar os métodos de trabalho. Poucos anos depois, entre 1888 e o seu falecimento em 1915, Henri Fayol desenvolveu a Teoria Clássica da Administração (Pindur *et al.*, 1995). Apesar de inicialmente ter escrito e publicado artigos sobre a exploração mineira, metalúrgica e geológica, foi na área da administração e gestão que Fayol se sagrou como uma referência importante (Wren, Bedeian & Breeze, 2002). Fayol descreveu o gestor como alguém que planeia, organiza, comanda, coordena e controla (Schafer, 2002; Pindur *et al.*, 1995) e definiu 6 categorias onde enquadrava todas as atividades industriais: técnica, envolvendo a produção; comercial, incluindo comprar, vender e trocar; financeira, que visava a procura de capital e uma utilização ótima do mesmo; segurança, relacionada com a proteção de pessoas e bens; contabilidade, incluindo a análise estatística; e por

fim, gestão, que incluía planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar (Pindur *et al.*, 1995).

No entanto só mais tarde, em 1937, com a publicação em inglês de *Papers on the Science of Administration*, e após nova tradução e publicação em 1949 – ocasião em que alcança maior divulgação –, é que Henri Fayol se consagra como uma autoridade em gestão (Wren *et al.*, 2002).

Ao longo das décadas seguintes foram muitas as correntes de pensamento e os autores a contribuir para o desenvolvimento da gestão. Nos anos 70 a maioria dos estudos focava-se na organização inserindo-a numa indústria específica (Pindur *et al.*, 1995). Nessa mesma década surgiram os trabalhos de Henry Mintzberg que ainda hoje são uma referência incontornável no estudo das organizações.

Pillay (2008) cita Lussier (2006) segundo o qual, gerir implica levar a cabo quatro tarefas genéricas: planejar, organizar, liderar e controlar. Este autor define “planejar” como o estabelecimento de objetivos e formas de os atingir; “organizar” como coordenar recursos humanos, materiais e de informação de forma a atingir os objetivos desejados; “liderar” envolve motivar os outros no sentido de atingirem os objetivos organizacionais; e por último, “controlar” relaciona-se com a medição do desempenho e a monitorização dos progressos no percurso para atingir os objetivos desejados. Pillay (2008) refere que para que lhes seja possível desempenhar estas funções de forma eficaz e eficiente os gestores necessitam de possuir várias competências. Também segundo Mohd-Shamsudin & Chuttipattana (2012), parece consensual na literatura que o sucesso de um gestor se relaciona com o conjunto de competências que este possui. Os autores supracitados referem que em 1982, Boyatzis popularizou o termo “competência” significando a combinação de motivo, característica, habilidade, aspeto da auto-imagem ou papel social, ou um corpo de conhecimentos relevante. Para Boyatzis (1982) citado por Mohd-Shamsudin & Chuttipattana (2012), a competência de gestão é o atributo na origem de um desempenho soberbo.

Catano *et al.* (2001), citados por Mohd-Shamsudin & Chuttipattana (2012), referem uma operacionalização das competências pelo agrupamento de comportamentos relacionados ou conhecimento, capacidade e habilidade para levar a cabo uma tarefa ou papel.

Estas competências são divididas por Boyatzis (1982), citado por Mohd-Shamsudin & Chuttipattana (2012) e Cockerill, Hunt & Schroder (1995), em dois tipos. As competências mínimas são os requisitos básicos para realizar um determinado trabalho, independentemente da qualidade da execução. As competências diferenciadoras são as que se relacionam com uma execução de excelência. Cockerill *et al.* (1995) consideram fundamental esta diferenciação das competências, no entanto, referem que a maioria das análises feitas ao trabalho, apenas identifica os comportamentos dos gestores, independentemente da relação entre comportamentos e desempenho, tornando-se assim impossível distinguir quais os comportamentos que levam a desempenhos de excelência. O destaque dado na literatura às competências de gestão chamou à atenção para a importância do papel dos gestores e para os comportamentos adotados por estes (Cockerill *et al.*, 1995).

No momento atual a gestão em saúde baseia-se sobretudo na gestão de recursos escassos em face de restrições orçamentais e desenrola-se numa multiplicidade de contextos, cuja singularidade se deve à grande incerteza, ambiguidade e descontinuidade, inerentes à própria natureza da prestação dos cuidados de saúde (McKenna & Richardson, 2003). Neste contexto, cada vez é dado maior destaque ao papel das atividades de gestão, as quais são transversais a qualquer área de negócio ou atividade profissional e cuja complexidade trouxe para o estudo da gestão várias disciplinas. Assim, os sociólogos e investigadores de gestão colaboram com antropologistas e analistas económicos, de sistemas e de comunicações, utilizando modelos matemáticos e análise económica para o estudo da estrutura e do desenho organizacionais, bem como da coordenação inter-organizacional (Pindur *et al.*, 1995).

1.2. A Importância dos Cuidados de Saúde Primários na Atual Conjuntura

As organizações de saúde têm vindo a sofrer grandes transformações em consequência das alterações por que o sector da saúde tem vindo a passar nas últimas décadas. Por um lado, têm ocorrido importantes alterações demográficas como o aumento da esperança média de vida e o aumento da percentagem de idosos relativamente ao conjunto total da população (Bergin, 2009). Por outro lado, os avanços científicos e tecnológicos da medicina transformaram patologias com um elevado índice

de letalidade em patologias tendencialmente crónicas. Em muitos destes casos os indivíduos necessitam de receber cuidados de saúde de forma continuada ao longo da vida (Bergin, 2009).

No entanto, face à atual situação económica verifica-se uma necessidade de conter a despesa pública, incluindo os gastos em saúde. A diminuição das margens económicas juntamente com o aumento das exigências e das expectativas colocam um desafio à gestão em saúde (Meyers & Clancy, 2009), o qual se traduz na capacidade de gerir mecanismos de controlo económico, cujos objetivos visam o aumento da eficiência e a racionalização dos serviços (Bergin, 2009).

Assim, os cuidados de saúde primários adquirem neste contexto grande preponderância uma vez que sendo um dos pilares base de qualquer sistema de saúde, permitem melhorar a qualidade, aumentar a acessibilidade e conter os custos em saúde (Meyers & Clancy, 2009) que advêm da própria natureza deste tipo de cuidados.

Em Setembro de 1978 a Declaração de Alma-Ata pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a primeira declaração internacional a definir cuidados de saúde primários, reconhecendo-os como estratégicos para obter «saúde para todos» (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Nesta declaração os cuidados de saúde primários são definidos como «...cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente sãos e socialmente aceites tornados universalmente acessíveis para os indivíduos e famílias na comunidade através da sua participação em pleno e a um custo que a comunidade e o país possam suportar e manter...» (OMS, 2013). Estes cuidados são ainda descritos na supracitada declaração como parte do sistema de saúde de um país, sendo o primeiro nível de contacto entre o indivíduo e o referido sistema, constituindo assim o primeiro elemento no processo contínuo de prestação de cuidados de saúde. Desta forma, os cuidados de saúde primários devem promover a saúde, prevenir a doença, curar e reabilitar o indivíduo (OMS, 2013). Para tal é necessária a participação da população no planeamento, organização, operação e controlo dos cuidados de saúde primários, utilizando totalmente os recursos locais, nacionais ou de outra forma disponíveis. É necessária ainda a colaboração dos profissionais de saúde, onde se incluem médicos, enfermeiros e auxiliares, entre outros com treino técnico, que trabalhando em equipa respondam às necessidades de saúde expressas pela comunidade

(OMS, 2013). Os profissionais de saúde são assim envolvidos, não só em atividades de cariz técnico mas também de gestão e administração.

1.3. O Papel do Clínico Gestor

1.3.1. Funções e objetivos

Desde a revolução industrial que o papel dos gestores tem adquirido destaque e preponderância. Fayol (1950), Sarbin & Allen (1968) ou Koontz (1980) são alguns dos autores que desenvolveram estudos sobre o papel de gestor, mas foi dos estudos desenvolvidos por Mintzberg (1973) que resultaram algumas das contribuições mais relevantes até aos dias de hoje.

Mintzberg (1973) citado por Glendinning (1987) descreveu o trabalho dos gestores como incluindo vários papéis resultantes da autoridade formal – papéis interpessoais –, do seu acesso a informação – papéis informacionais –, e do seu sistema de tomada de decisões – papéis decisoriais. Os papéis interpessoais compreendem o papel Figurativo, que inclui deveres formais; o papel de Líder, definindo a natureza das relações estabelecidas com os subordinados; e o papel de Relação, relativo à rede de contactos dentro e fora da organização. Os papéis informacionais compreendem o papel de Recetor, já que o gestor recebe informações de vários níveis, internos e externos à organização; o papel de Disseminador, pois o gestor transmite informação na organização; e o papel de Transmissor, em que o gestor transmite informações organizacionais para o exterior. Finalmente, os papéis decisoriais compreendem o papel de Empreendedor, sendo o gestor que inicia processos de mudança; o papel de Solucionador de distúrbios, agindo para corrigir situações que ameacem a organização; o papel de Distribuidor de recursos, supervisionando o sistema de alocação de recursos da organização; e o papel de Negociador, sendo que a negociação é um aspeto crítico do papel de gestor.

Existem muitas similaridades no trabalho de todos os gestores, independentemente da área de negócio, tipo de organização ou ainda do nível hierárquico do gestor como sugere Glendinning (1987) que cita alguns destes aspetos

descritos por Mintzberg (1973). São exemplos disto a tendência dos gestores para ter um grande volume de trabalho e conseqüentemente pouco tempo livre; a tendência para trabalharem de forma fragmentada devido a muitas interrupções; a tendência para valorizar o planeamento mas na prática dedicar-lhe pouco tempo; ou ainda a tendência para passar muito tempo em contactos com o exterior e com os subordinados e pouco tempo com os superiores.

Por outro lado, Glendinning (1987) refere que as diferenças no trabalho dos gestores se devem à variação dos tipos de competências mais utilizadas em função do nível hierárquico de gestão; do tipo de organização; da personalidade do gestor; e ainda de variáveis específicas de cada contexto.

Atualmente as organizações de saúde possuem elementos com formação específica nas áreas de gestão e administração, particularmente chefias de topo, mas também profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas entre outros, que para além de funções clínicas também desempenham funções de administração, gestão e chefia. É o caso dos chefes de serviço, departamento ou equivalente (Fulop, 2012) que podem ser considerados gestores intermédios. Pressões políticas levaram os gestores e os gestores intermédios a cortar e racionalizar os custos, processo que acabou por resultar num aumento da responsabilidade e autoridade dos gestores intermédios. A cargo destes passaram a estar tarefas como o planeamento estratégico e orçamentar (Bergin, 2009). Uma das primeiras tentativas para formalizar o papel de clínico gestor foi a criação de direções clínicas que se tornaram assim num marco para a introdução de médicos no desempenho de funções de gestão (Bruce & Hill, 1994).

O trabalho dos gestores intermédios pode ser dividido em 3 grandes áreas: trabalho administrativo, trabalho técnico e trabalho de gestão. O trabalho administrativo refere-se a tarefas rotineiras como recolha, tratamento e comunicação de informação. O trabalho técnico remete para a formação profissional base do clínico gestor que lhe permite detetar e analisar problemas operacionais. Finalmente, o trabalho de gestão que implica, entre outras, a capacidade de influenciar o trabalho dos outros na direção pretendida, sendo um tipo de trabalho associado a uma grande incerteza (Torrington & Weightman, 1987).

Glendinning (1987) cita Mintzberg (1973) que sugere que os principais papéis dos gestores intermédios numa unidade especializada serão os papéis de Distribuidor de recursos, Líder e Recetor. Este é o caso de muitos gestores clínicos que coordenam profissionais especializados, sendo o rosto representativo desse grupo de colaboradores.

Segundo Fitzgerald *et al.* (2006) o gestor clínico no Reino Unido centra-se sobretudo na gestão operacional e menos na gestão da mudança ou na melhoria do serviço. Por comparação nos estudos de Bodenheimer & Casalino (1999) e Scherer (1999) sobre as funções do gestor clínico nos Estados Unidos da América, verifica-se um maior ênfase no planeamento estratégico e na tomada de decisões importantes. Estes autores citam ainda Betson e Pedroja (1989), segundo os quais estes profissionais para além da sua prática profissional acumulam três tipos de tarefas: gestão de políticas, gestão de programas e gestão de recursos. A gestão de políticas é descrita por estes autores como incluindo estar presente em comités; comunicar informação a vários níveis; preparar objetivos e políticas; e monitorizar. A gestão de programas envolve garantir a acreditação e que existem sistemas para analisar e avaliar a competência e o funcionamento dos mesmos. Já a gestão de recursos baseia-se na mediação de conflitos, quer entre pessoal médico, quer entre pessoal médico e outros; bem como na revisão e análise de orçamentos.

Do estudo desenvolvido por Braithwaite na Austrália em 2004 resultou um modelo para as rotinas comportamentais dos clínicos gestores. Segundo este autor as tarefas centrais do trabalho dos clínicos gestores são a gestão financeira, a gestão de recursos humanos, a resolução de assuntos organizacionais/institucionais e a gestão de clientes. De forma a desempenhar estas tarefas, Braithwaite (2004) refere que os clínicos gestores utilizam várias atividades secundárias como a gestão de dados, a gestão da qualidade, a gestão de processos, a gestão das relações externas e o planeamento e estratégia. Ainda no seguimento deste modelo, o autor definiu cinco modos principais de atuação dos clínicos gestores, ou seja, formas como operacionalizam o seu trabalho para que possam atingir as atividades primárias e secundárias anteriormente referidas. São estas a gestão da mudança; a tomada de decisões e resolução de problemas; o desenvolvimento pessoal e dos colaboradores; o atingir das metas e objetivos da organização de saúde; e ainda a resolução de assuntos hierárquicos e estruturais.

A partir do estudo que desenvolveu em 2004, Braithwaite descreve ainda a orientação temporal dos gestores clínicos consoante a natureza das tarefas a realizar, como por exemplo, a tomada de decisões e a resolução de problemas aplicam-se muitas vezes a situações que já ocorreram e que necessitam de solução, pelo que se relacionam com o passado. Já os assuntos relacionados com a estrutura e hierarquia estão inevitavelmente ligados ao presente e à realidade imediata. Por fim, a gestão da mudança e o desenvolvimento pessoal do gestor e colaboradores, têm uma clara ligação com o futuro.

O papel de clínico gestor conjuga assim responsabilidades clínicas com responsabilidades de gestão (O’Riordan & McDermott, 2012). No entanto, é possível perceber que estas responsabilidades têm algumas variações consoante a envolvente profissional em questão, bem como no que diz respeito ao país e cultura em que se insere. Devem ainda ser consideradas as alterações que o papel do clínico gestor tem sofrido ao longo do tempo, influenciado pelas alterações nas políticas de saúde que refletem as condicionantes de ordem financeira resultantes da situação económica que caracteriza cada país em cada momento do tempo. Num estudo desenvolvido na Suécia em 2012 por Carlström, verificou-se que os clínicos gestores na década de 80 tinham menos responsabilidades, limitando-se a preocupações relativas a pequenos assuntos do dia-a-dia e à coordenação diária das tarefas. O papel do clínico gestor nessa década é assim descrito como relativamente simples e pouco exigente. No final dos anos 90, em face da modificação da situação económica que condicionou a disponibilidade de recursos, os clínicos gestores passaram a ter a seu cargo tarefas como a gestão de orçamentos, a gestão de pessoal ou a gestão da mudança. A pressão a que estavam sujeitos aumentou, bem como a necessidade de tomar decisões difíceis e impopulares.

No entanto e apesar dos estudos desenvolvidos com clínicos com funções de gestão, a proliferação destes não depende apenas da evidência científica sobre a eficácia ou ineficácia desta combinação de papéis. As próprias políticas de saúde são um fator de grande influência. Entre o final da década de 80 e o início da década de 90 verificou-se uma grande diminuição no número de gestores intermédios nas organizações que se ficou a dever ao movimento Business Project Re-engineering (BPR), o qual advogava que as organizações deviam ser mais achatadas (Jackson & Humble, 1994). Pelo contrário, a corrente da New Public Management (NPM) tem favorecido a atribuição de cargos de gestão intermédia a profissionais de saúde no intuito de melhorar a qualidade

dos serviços prestados numa filosofia em que a organização está orientada para o cliente (Noordegraaf & van der Meulen, 2008).

Em 1987 Mueller & Rose descreveram o fisioterapeuta diretor como alguém que deve ser perito e compreender os assuntos referentes ao lado de negócio de um departamento de fisioterapia. Deve também dispor de um sistema para definir e avaliar custos de um tal departamento, bem como monitorizar a produtividade do mesmo. Deve ainda manter-se a par da legislação referente ao exercício da fisioterapia e às formas de financiamento como os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), o Sistema de Pagamento Prospetivo (SPP) ou a faturação a terceiros pagadores. Estes conhecimentos permitem por um lado apoiar o serviço clínico e por outro lado comunicar com os gestores e/ou administradores hospitalares.

1.3.2. Prós e contras da dualidade inerente ao papel

O papel de clínico gestor é diferente de qualquer outro papel existente numa organização de saúde pela dualidade que lhe é inerente e que implica que o indivíduo tenha de alcançar objetivos clínicos e objetivos de gestão, por natureza divergentes (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Segundo Bolden, Petrov, & Gosling (2008) os clínicos gestores situam-se numa posição onde lidam com aspetos do foro disciplinar, profissional, institucional e académico, deparando-se com contradições de liderança e conflitos que abundam nas organizações de saúde. Encontram-se assim num ponto de intersecção entre o exercício técnico da sua profissão e a gestão e administração de serviços de saúde. Ou seja, o ponto onde se encontram a prática dos cuidados de saúde e o negócio da saúde. Para a organização esta é uma forma de dar às questões de gestão uma perspetiva médica (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Apesar de não existirem dúvidas quanto há colocação dos gestores intermédios em termos de hierarquia vertical entre os gestores e administradores hospitalares e os profissionais de saúde, Berg & Hout (2007) sugerem que nem todos os clínicos gestores estão exatamente ao mesmo nível, existindo alguns mais próximos dos seus superiores hierárquicos e outros mais para baixo em termos de verticalidade, mais próximos do

núcleo operacional da organização de saúde. Também McConville (2006) refere a dificuldade em distinguir os gestores intermédios como resultante de, em muitas organizações, não existirem limites claros entre os níveis hierárquicos, pelo que este papel pode adquirir especificidades próprias consoante a organização em questão.

Em termos de literatura Carlström (2012) refere várias expressões utilizadas para descrever este papel. É o caso de McConville & Holden (1999) que utilizaram as expressões “dissonância de papéis”, “o recheio da sandwich” ou ainda “o porquinho no meio”, como caricatura ao posicionamento do clínico gestor entre os gestores e administradores hospitalares, que lhe são superiores, e os profissionais de saúde e clientes, que estão numa posição inferior. É evidente a precariedade da posição do clínico gestor entre as pressões descendentes exercidas pelos primeiros e as pressões ascendentes exercidas pelos segundos. Currie (2000) descreveu os gestores intermédios hospitalares como encontrando-se na “junção entre as abordagens topo-base e base-topo”. Em 2004 Holden & Roberts utilizaram a gráfica analogia com “a pasta de dentes espremida entre os níveis superior e inferior das exigências organizacionais”. Para finalizar, Carlström refere ainda Parris *et al.* (2008) que utilizam a expressão “apanhados no meio”.

McConville (2006) desenvolveu um modelo vertical explicativo deste posicionamento dos gestores intermédios, que numa expressão popular Portuguesa poderia ser traduzida como “entre a espada e a parede”. Segundo McConville (2006) a cultura organizacional, a estrutura e os objetivos e expectativas organizacionais vão, através dos gestores e administradores de topo, influenciar e exercer pressão sobre os gestores intermédios. Por seu turno, os subordinados dos gestores intermédios também exercem pressão transmitindo-lhes ideias, exigências e reações para que estes as comuniquem para cima. Os comportamentos dos gestores intermédios representam atitudes, comportamentos e expectativas que derivam da sua cultura, formação profissional de base e de experiências do seu percurso profissional.

Carlström (2012) utilizou este modelo vertical de McConville no seu estudo sobre o papel dos gestores intermédios em tempos de restrições orçamentais, acrescentando-lhe uma componente horizontal a que chamou “deslizamento” e que pode ocorrer em 3 direções diferentes consoante a lealdade assumida pelo gestor intermédio face às pressões sobre ele exercidas. O gestor intermédio deslizará para baixo

aproximando-se dos colaboradores que lhe são subordinados, adotando um papel de defensor dos mesmos, quando se alia a estes e se mantém leal aos pacientes. Ocorre assim um distanciamento face aos gestores e administradores de topo, podendo o gestor intermédio descuidar alguns aspetos das suas funções como a governança, descrita por Anthony & Govindarajan (1995) citados por Carlström (2012) como um processo de motivar e inspirar os outros a realizar atividades que vão de encontro aos objetivos da organização. Neste sentido aumenta a probabilidade de se verificar uma diminuição da eficácia do trabalho e da produtividade. Outra forma de deslizamento referido por Carlström (2012) é o deslize para cima, que ocorre em situações em que restrições e cortes orçamentais resultantes de momentos de crise económica fazem com que determinadas responsabilidades subam na linha hierárquica. Nesta situação o papel dos gestores intermédios caracteriza-se em grande medida pela comunicação de notícias difíceis aos seus subordinados, afastando-o destes e adotando um papel de representante dos níveis superiores de gestão (Hales, 2006, citado por Carlström, 2012). Finalmente, o terceiro tipo de deslizamento identificado por Carlström (2012) é o deslize externo, que ocorre quando o gestor intermédio tem dificuldade em enfrentar tanto os seus superiores como os seus subordinados, isolando-se devido à pressão em demasia que tem de suportar. Nestas situações o gestor intermédio adota um perfil discreto e tenta manter-se o mais afastado possível de ambas as partes evitando conflitos.

Na base da complexidade do papel de clínico gestor encontram-se os objetivos e valores do profissional e da organização de saúde. Tanto o clínico gestor como a organização colocam o paciente no centro da sua atividade e visam prestar o melhor serviço, no entanto, a divergência ocorre quando, e se, o clínico gestor entende que as restrições orçamentais comprometem a qualidade dos cuidados prestados (Kippist & Fitzgerald, 2009).

É deste posicionamento estratégico que surgem os aspetos positivos e vantajosos, mas também negativos deste papel.

O grande desafio da gestão em saúde é a utilização de recursos limitados para obter uma elevada qualidade de cuidados de forma equitativa. Os clínicos gestores encontram-se numa posição privilegiada para o conseguir uma vez que são responsáveis tanto pela alocação de recursos como por decisões relativas aos serviços prestados (McDermott, Callanan & Buttimer, 2002). Tanto mais que, em gestão, e não apenas em

saúde, a responsabilidade de tomar decisões associa-se à responsabilidade pelos gastos orçamentais. Ao envolver os profissionais de saúde em decisões administrativas melhora-se o alinhamento entre os interesses que resultam do seu papel clínico e os interesses da organização onde se inserem (McDermott *et al.*, 2002). Também a necessidade de diminuir os custos dá ênfase ao papel do gestor clínico, tanto em cuidados de saúde primários como agudos, devido à capacidade deste para melhorar a eficácia, a eficiência e a colaboração entre os profissionais (O’Riordan & McDermott, 2012).

Hoff (1999) refere que a grande vantagem do clínico gestor reside na capacidade que este tem de tomar decisões diferentes e com valor relativamente aos gestores e aos profissionais sem responsabilidades de gestão.

Bruce & Hill (1994) e Fulop (2012) referem ainda a grande importância dos clínicos gestores para que a implementação de reformas nas organizações de saúde seja bem-sucedida. Tal deve-se ao percurso profissional do clínico gestor que muitas vezes já desempenhou funções meramente clínicas na organização onde mais tarde vem a acumular as responsabilidades de gestão, pelo que conhece a forma de trabalhar e de pensar dos restantes colaboradores da organização ou unidade que dirige (Huy, 2001) e da qual faz parte (McConville, 2006). A afinidade resultante da partilha do mesmo grupo profissional ou unidade de serviço com outros colaboradores coloca o clínico gestor numa posição privilegiada para implementar mudanças ou mesmo motivar os outros em tempo de crise e restrições orçamentais (Berg & Hout, 2007).

Considerando a fisioterapia em particular, Mueller & Rose (1987) defendem que o fisioterapeuta diretor pode e deve criar um ambiente laboral saudável, se para além de uma monitorização responsável do trabalho e da prossecução dos objetivos da organização, também promover de forma consciente os valores profissionais e o desenvolvimento profissional do pessoal.

Mueller & Rose (1987) apresentam ainda várias razões por que o fisioterapeuta diretor deve estar envolvido de forma direta nos cuidados aos pacientes, como evitar o distanciamento do pessoal e a conseqüente perda de alguma credibilidade que poderia diminuir a eficácia da sua liderança; servir como modelo de uma prática de excelência; e ainda, o estar presente no teatro de operações permite trocas informais com o pessoal, permite que se estabeleçam ligações naturais entre o fisioterapeuta diretor e o pessoal, e

permite ainda que o fisioterapeuta diretor se aperceba em primeira mão dos problemas e situações quer entre os profissionais, quer em termos logísticos, de espaço, material e equipamentos.

Por outro lado, os clínicos gestores tendem a dar prioridade ao lado clínico do seu papel, despendendo menos tempo e atenção com a vertente de gestão. A demora na tomada de decisões e na resolução de assuntos organizacionais pode resultar em implicações na eficiência da organização de saúde (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Braithwaite (2004) refere que os clínicos gestores despendem menos tempo em atividades de gestão que consideram secundárias, como a gestão da qualidade, dos processos e de dados, o planeamento estratégico e as relações externas. Mais uma vez ocorrerão implicações na eficiência da organização de saúde uma vez que a longo prazo estas atividades têm benefícios de custo-efetividade e de eficiência organizacional na prestação de serviços clínicos. Esta dedicação de menos tempo às atividades de gestão por parte do clínico gestor pode ainda levar a que se gerem conflitos/tensões com outros elementos da organização (Kippist & Fitzgerald, 2009). Desta forma são frequentes as referências à aversão de profissionais de saúde, sobretudo médicos, relativamente ao desempenho de funções ou cargos de clínico gestor (Fulop, 2012; Bruce & Hill, 1994).

No que diz respeito aos próprios colegas de profissão verifica-se também um aumento de tensões e atritos, pois o clínico gestor terá de conciliar pressões externas de ordem financeira e de eficiência enquanto tenta preservar o respeito e confiança dos seus pares (Bruce & Hill, 1994).

Deve ainda ser referida a complexidade da posição do clínico gestor em termos do conflito organizacional. Numa análise vertical verifica-se que os profissionais de saúde que lhe são subordinados esperam que o clínico gestor defenda os seus interesses e lhes consiga mais recursos (Kippist & Fitzgerald, 2009), e ainda, lhes reconheça autonomia e não a restrinja (Braithwaite, 2004). Por outro lado, os seus superiores hierárquicos esperam que consiga um desempenho eficaz e custo-efetivo por parte dos serviços que gere (Kippist & Fitzgerald, 2009), uma melhoria do desempenho, um aumento da produtividade, uma diminuição do desperdício e a monitorização dos processos e resultados clínicos (Braithwaite, 2004). Numa análise horizontal verifica-se uma competição entre clínicos gestores dos vários departamentos ou serviços de uma organização de saúde por recursos e posição (Kippist & Fitzgerald, 2009). O clínico

gestor torna-se assim alvo de múltiplas pressões resultantes das exigências das circunstâncias que não só diferem, como muitas vezes são mutuamente exclusivas (Braithwaite, 2004). Por outro lado, o clínico gestor também exerce pressão e influência, quer sobre os seus subordinados quer sobre os seus superiores, por forma a atingir os seus objetivos, ainda que muitas vezes o faça de forma subtil através da rede de influências e alianças informais que o próprio vai estabelecendo. Estamos assim perante um trabalho com uma importante vertente social e política, onde a conversação, a negociação e a persuasão são fundamentais (Braithwaite, 2004). A faceta de gestor do papel de clínico gestor implica que estes profissionais adotem uma postura diplomática, apaziguando os conflitos e utilizando uma abordagem facilitadora (Bruce & Hill, 1994; Braithwaite 2004).

Por toda a complexidade da envolvente relativa à dualidade de papéis do clínico gestor, estes profissionais encontram-se em permanente negociação entre papéis, o que representa um desafio considerável (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Fulop (2012) refere a visão de Mintzberg (1997) o qual vê o papel de clínico gestor como a conjugação dos piores aspetos dos papéis de professor, investigador e profissional de saúde acrescido de funções de gestão ou administração, que ocorre em alguns hospitais. A atribuição destas últimas funções é assim considerada como um fardo imposto a profissionais que o vêem como uma distração do que é importante e o encaram como secundário. Mintzberg (1997) citado por Fulop (2012) argumenta assim que o papel de clínico gestor assenta num modelo de gestão e liderança com falhas, já que se baseia num princípio de distração, contribuindo de forma significativa para os problemas inerentes à gestão de um hospital. Desta forma, este autor considera o papel de clínico gestor como um desperdício de talento que pode resultar em desempenho e resultados inferiores ao possível em áreas como a educação, a investigação e a prática clínica. Esta é também a conclusão do estudo desenvolvido por Bruce & Hill (1994).

1.3.3. Gestores clínicos vs administradores

Inicialmente a inclusão de médicos na gestão ocorreu como necessidade resultante de mudanças no sistema de saúde como a separação entre prestador e

pagador, a confiança nos profissionais de saúde ou uma maior responsabilização financeira dos mesmos (Bruce & Hill, 1994).

Muitos profissionais de saúde são da opinião que a culpa da má gestão em saúde se deve ao facto de gestores e administradores hospitalares não possuírem conhecimentos sobre a prática da prestação de cuidados de saúde. Já os gestores e administradores hospitalares por vezes vêem os clínicos gestores como “gestores amadores” (Fulop, 2012). O facto de, por vezes, os gestores e administradores hospitalares encararem os clínicos gestores com resistência e não como parceiros, frustra os últimos que acabam por nunca se destacar como líderes (Fulop, 2012). Esta atitude é também a base para que, apesar do poder substancial e autoridade na tomada de decisões dada ao gestor clínico, este nunca disponha de recursos suficientes e muitas decisões importantes, nomeadamente de ordem estratégica, se mantenham da responsabilidade ou dependência dos gestores e administradores hospitalares (Braithwaite, 2004).

Tanto os gestores e administradores hospitalares como os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de cooperação entre ambas as partes, ainda que o facto de existirem pontos de vista diferentes quanto aos meios e aos fins, possa causar atritos. O facto de gestores e administradores hospitalares e profissionais de saúde serem movidos por convicções diferentes e influenciados por pressões opostas faz com que a relação entre ambas as partes seja de constrição de forças opostas em vez de ocorrer a promoção de relações harmoniosas (Bruce & Hill, 1994).

No passado os médicos gozavam de um grande estatuto e liberdade clínica, cabendo-lhes poucas preocupações relativas à gestão e alocação de recursos já que não era feita uma análise e respetiva responsabilização pela utilização dos mesmos. Esta responsabilização não significa o escrutínio das decisões clínicas mas sim o confronto dos médicos com indicadores de performance como listas de espera, os tempos de espera ou a duração da estadia, entre outros (Bruce & Hill, 1994).

O papel do clínico gestor requer competências e conhecimentos retirados tipicamente do negócio da saúde, no entanto na formação base de natureza clínica dos profissionais de saúde não se desenvolve a capacidade de conhecer e compreender os orçamentos e previsões para o seu departamento; de desenvolver competências relacionais para lidar com os subordinados; e ainda de desenvolver competências

políticas e ligações de poder e influência por forma a conseguir uma maior quantidade de recursos (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Outro ponto de rotura entre médicos e gestores deve-se ao facto de estes terem compreensões e discursos diferentes sobre as organizações de saúde. A linguagem dos gestores é a do negócio da saúde centrado na redução dos custos e no aumento da eficiência. A linguagem dos médicos é a da prática dos cuidados de saúde centrados no cuidado individual do paciente. O papel misto de gestor e clínico torna necessária a compreensão de ambos os discursos, um nível de conforto em ambas as esferas e a capacidade de colmatar as lacunas (Kippist & Fitzgerald, 2009).

Deverá haver um trabalho conjunto para que gestores e administradores e clínicos gestores compreendam mutuamente o contexto em que o outro se insere e o negócio de ambos, para que se vejam como parceiros igualmente importantes para a prossecução dos objetivos organizacionais (Corbridge, 1995). Da mesma forma que os profissionais de saúde devem aprender a compreender a linguagem e os sistemas de gestão, os gestores e administradores devem aprender as especificidades da medicina para a compreenderem enquanto negócio (Corbridge, 1995).

No que diz respeito aos fisioterapeutas em particular e segundo Mueller & Rose (1987), o fisioterapeuta diretor deve compreender o funcionamento da gestão financeira tal como o gestor e/ou administrador hospitalar deve compreender a fisioterapia. Para tal, o fisioterapeuta diretor deve educar os gestores e/ou administradores hospitalares sobre a fisioterapia e o seu exercício, sobre as tendências atuais e futuras da profissão e identificar recursos que permitam ser competitivo em face destas tendências. Os autores supracitados defendem ainda que juntos, o fisioterapeuta diretor e o gestor e/ou administrador hospitalar, deverão formar uma equipa na gestão do lado de negócio da fisioterapia.

1.3.4. A realidade da prática quotidiana

O’Riordan & McDermott desenvolveram em 2012 um estudo com um pequeno número de médicos clínicos gestores Irlandeses, no qual constataram que os indivíduos da sua amostra não tinham um planeamento estratégico pró-ativo, nem do tipo

empreendedor, o que poderia resultar do pouco tempo dedicado às atividades de gestão, já que estes profissionais se viam primeiro como médicos e depois como gestores. A falta de tempo agrava o conflito de papéis e cria uma sobrecarga de trabalho, que por sua vez conflitua com a vida pessoal do indivíduo já que muitas vezes o trabalho de gestão fica para fora da hora normal de trabalho. O estudo desenvolvido por Bruce & Hill (1994) reporta a mesma realidade.

Por forma a aliviar a referida sobrecarga, muitos médicos clínicos gestores referidos no supracitado estudo acabavam por delegar algumas tarefas em secretárias ou outros profissionais administrativos, colocando o enfoque na gestão e monitorização e menos na melhoria da eficiência. No entanto, a tomada de decisões importantes e centrais permaneciam sempre da responsabilidade do clínico gestor. Mueller & Rose (1987) defendem que a delegação de funções em assistentes administrativos ou gestores pode ser uma forma de conciliar as funções clínicas com as de gestão.

Pode assim supor-se que os benefícios atribuídos ao papel de clínico gestor não são reais dada a falta de tempo dedicado por estes às atividades de gestão e os possíveis conflitos e ineficiências daí resultantes. Realça-se assim que os efeitos negativos do papel de clínico gestor resultam sobretudo da falta de tempo ou competências de gestão por parte do clínico gestor (Kippist & Fitzgerald, 2009). Apesar de muitos clínicos gestores reconhecerem a sua falta de educação e treino em gestão e administração, nem sempre optam por preencher essa lacuna pela via educativa. Kippist & Fitzgerald (2009) referem que em consequência dessa falta de formação, os clínicos gestores são os elementos com menor qualificação para a tomada de decisões numa equipa de gestão e administração.

Kippist & Fitzgerald (2009) resumem as barreiras à eficácia do papel de clínico gestor como: o tempo disponível para as atividades de gestão por oposição ao tempo disponível para as atividades clínicas; a imprevisibilidade do tempo a despender em atividades clínicas inerente à sua natureza; falta de formação em gestão e administração; e ainda, falta de interesse pela gestão. Estes autores sugerem que o papel de clínico gestor não será o mais eficaz para a organização de saúde. Por oposição, Braithwaite (2004) defende que a inclusão de profissionais de saúde em processos e atividades de gestão e na tomada de decisões parece ser mais bem-sucedida do que outras formas de controlo, como a hierarquia vertical do tipo topo-base. No caso de organizações tão

especializadas como as de saúde, pela autonomia e natureza características dos seus profissionais altamente especializados, as parcerias por oposição à imposição parecem bem mais frutuosas. Parece fundamental compreender que a prestação de cuidados de saúde requer confiança entre profissionais de saúde e gestores e administradores para que seja possível cooperar por forma a encontrar estratégias para a prestação dos referidos cuidados em face dos diferentes contextos clínicos, organizacionais, económicos e políticos (Corbridge, 1995).

1.3.5. A educação como solução de compromisso

De uma forma generalista existem duas correntes na educação em gestão independentemente do contexto: uma corrente de natureza vocacional e outra de natureza liberal (Davies, 2006). A corrente de natureza vocacional baseia-se na aprendizagem de técnicas e no seu treino para o desenvolvimento de competências específicas. Por outro lado, a corrente liberal assenta na aprendizagem de um corpo teórico de conhecimentos e no desenvolvimento intelectual do indivíduo, através da capacidade de raciocínio e do espírito crítico. A maioria das escolas de gestão educa os seus alunos do ponto de vista da corrente vocacional, no entanto utiliza uma abordagem diferencial ao nível do contexto envolvente à prática da gestão e inclui também o desenvolvimento da capacidade de gerir a mudança, abrindo espaço para que aspetos da corrente liberal de educação possam ser conciliados (Davies, 2006).

A gestão no contexto dos serviços de saúde deve as suas especificidades ao contacto próximo dos gestores com os profissionais de saúde, os quais fundamentam a sua atuação nos princípios da prática baseada na evidência e se pautam pelo profissionalismo (Davies, 2006). Devem ainda ser considerados aspetos de natureza política que influenciam a gestão dos serviços de saúde já que se trata de um bem essencial e escasso. Por estes motivos, Davies (2006) defende que a educação dos gestores de saúde deveria possuir algumas qualidades do profissionalismo, como o pensamento crítico e independente, e ainda, o governo das suas ações por um corpo de valores que não são determinados pela política da ocasião. O supracitado autor argumenta ainda que os currículos académicos desenvolvidos para os gestores dos

serviços de saúde devem incluir alguns conhecimentos relativos às ciências médicas e à organização e paradigmas dominantes nas várias profissões de saúde, bem como o estudo das políticas de saúde e da história e desenvolvimento dos sistemas de saúde. Deverá ser incluído também o conhecimento sobre a abordagem da prática baseada na evidência, e ainda, disciplinas como epidemiologia, sociologia, história, filosofia da ciência e economia da saúde. No contexto dos conhecimentos de gestão Davies (2006) refere a inclusão de disciplinas como a gestão de recursos, liderança, comportamento organizacional, comportamentos de gestão e eficácia, comunicação e uso de tecnologias de informação. Este autor defende assim que quando os currículos académicos são bem desenhados e desenvolvidos, a educação académica de gestores de saúde pode melhorar o desempenho dos sistemas.

Bruce & Hill (1994) e O’Riordan & McDermott (2012) sublinham a importância, nos cuidados de saúde primários, de expandir o modelo de parceria entre “clínico gestor e gestor” a outros profissionais de saúde, por forma a aumentar a eficiência nestes cuidados. Sugerem ainda que a investigação se debruce sobre a forma e conteúdo para a formação do clínico gestor pois todos os esforços feitos para atrair e utilizar da melhor forma possível estes profissionais trará benefícios significativos a longo prazo.

Desta forma, com a importância acima justificada dos cuidados de saúde primários no momento económico atual e futuro, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos neste tipo de cuidados estejam preparados para o desempenho destas funções de gestão e administração.

Pillay (2008) realizou um estudo na África do Sul em que comparava as perceções sobre o próprio desempenho dos gestores de saúde do sector público e do sector privado, verificando que os primeiros se auto-avaliavam com valores inferiores aos dos segundos. Segundo o autor, as diferenças encontradas podiam dever-se ao facto dos gestores de saúde do sector público não possuírem as competências de gestão necessárias, ou por, de uma forma geral, acreditarem menos em si. Outra diferença que o autor encontrou entre o sector público e privado era o facto de a maior parte dos gestores do sector privado terem uma carreira anterior na área da gestão, enquanto os gestores do sector público tinham uma carreira clínica, sendo estes últimos os que mais referiam terem realizado formação de gestão em saúde. Dado que os gestores de saúde

do sector público eram simultaneamente os que mais formação faziam em gestão em saúde e também os que avaliavam as suas competências de gestão com valores mais baixos, Pillay (2008) sugeriu que os programas formais atualmente existentes na África do Sul não são apropriados ou não cobrem na totalidade as necessidades destes profissionais neste sector.

Pillay (2008) realça assim a importância de identificar os gestores em saúde que necessitam de desenvolver as suas competências de gestão e de disponibilizar formação cujo programa seja contextualmente relevante. Também Corbridge (1995) defende que os profissionais de saúde devem estar envolvidos no desenvolvimento estratégico e holístico do sistema de prestação de cuidados de saúde e na implementação da estratégia clínica, devendo para isso receber um tipo particular de educação em gestão. Corbridge (1995) sugere assim que os clínicos gestores devem compreender mais os princípios do planeamento do negócio e os processos de mudança organizacional do que, por exemplo, aspetos técnicos de finanças ou sistemas de informação. Esta falta de compreensão referente ao que são aspetos operacionais/técnicos e estratégicos pode estar na origem da falta de definição clara do seu papel que alguns clínicos gestores referem (Willcocks, 1992). Apesar de reconhecer que não se desenvolve destreza em competências estratégicas e políticas em programas educativos, Corbridge (1995) argumenta que um ambiente de grupo onde se fomente o debate conceptual sobre o uso de políticas e intervenções operacionais como ocorre em programas nas faculdades de gestão, pode ajudar pelo menos na compreensão da gestão estratégica.

1.4. O Fisioterapeuta enquanto Clínico Gestor

Segundo Brown (1986) os fisioterapeutas têm acompanhado as mudanças no sistema de saúde enquadrando a fisioterapia, de forma eficaz, no novo sistema. Em consequência disso, Purtilo (1988) refere que estes profissionais estão a tomar decisões mais difíceis no que diz respeito aos recursos disponíveis e à distribuição dos mesmos de forma equitativa e eficaz. Os resultados que Emery (1993) encontrou no seu estudo com fisioterapeutas a exercer a sua atividade nos cuidados agudos, vão nesse sentido. Assim os referidos fisioterapeutas indicaram o desempenho de um papel mais central e

independente na gestão dos pacientes, incluindo aspetos como a recomendação de tratamentos e a duração do internamento hospitalar; encontrando-se mais envolvidos neste tipo de decisões. Desta forma, estes profissionais estão cada vez mais sujeitos aos dilemas éticos que envolvem as restrições orçamentais, a distribuição de recursos e a qualidade dos cuidados prestados.

Nos Estados Unidos da América, o *Guide to Physical Therapist Practice* descreve a administração em fisioterapia como um processo que envolve o planeamento, a direção, a organização e a gestão de recursos humanos, técnicos, ambientais e financeiros, de forma eficaz e eficiente (Schafer, 2002).

1.4.1. O fisioterapeuta em Portugal

Desde o final da Segunda Guerra Mundial até ao início dos anos 80, a medicina dominou a organização e prestação de cuidados de saúde. No auge deste domínio, entre 1945 e 1960, a medicina controlava o sistema educativo de outros prestadores de cuidados determinando o âmbito dos seus respetivos exercícios e controlando o ambiente de trabalho, nomeadamente o meio hospitalar. Assim a fisioterapia, como outras ocupações, era vista como uma extensão da prática médica e portanto controlada pelos médicos (Sandstrom, 2007).

O estabelecimento da fisioterapia como profissão é algo recente, apenas reconhecida como tal no início do século XX (Cleather, 2008). No entanto, com o evoluir do corpo de conhecimentos, do saber-fazer e da educação/formação da profissão, os seus profissionais têm vindo a conquistar o seu espaço em variadas organizações e áreas de intervenção. A diversificação dos contextos organizacionais em que o fisioterapeuta desenvolve a sua ação resulta também numa maior visibilidade social da profissão, à qual se associa o reconhecimento por parte do Estado Português do importante papel desempenhado por estes profissionais no sistema de saúde, traduzido na reformulação do estatuto de carreira pelo Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro. Este Decreto-Lei justifica o seu conteúdo pela necessidade de «... dotar a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a

melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, adotando uma escala salarial adequada aos níveis de formação anteriormente consagrados e a um desempenho profissional que releva de crescente complexidade e responsabilidade.»

Em concreto, o Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro estabelece a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, na qual se inclui o Fisioterapeuta, caracterizando o exercício profissional e descrevendo o seu conteúdo como centrando-se «...na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida;...».

O Artigo 6º do supracitado Decreto-Lei refere-se ao conteúdo funcional associado à carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica conferindo-lhes várias competências associadas à gestão, são exemplo disso as alíneas g) «Assegurar a gestão, aprovisionamento e manutenção dos materiais e equipamentos com que trabalha, participando nas respetivas comissões de análise e escolha;», h) «Assegurar a elaboração e a permanente atualização dos ficheiros dos utentes do seu sector, bem como de outros elementos estatísticos, e assegurar o registo de exames e tratamentos efetuados;», ou ainda da alínea n) «Assegurar a gestão operacional da profissão no serviço em que está inserido.»

O Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro estabelece ainda as várias categorias profissionais, bem como a Direção, a qual inclui um técnico-diretor; bem como a Coordenação, que inclui um coordenador e consoante a estrutura, também subcoordenador. Este Decreto-Lei refere claramente que para os técnicos de diagnóstico e terapêutica serem nomeados “técnico-diretor”, ou acima disso, necessitam de ser «...detentores do curso de estudos superiores especializados em Ensino e Administração, do curso complementar de Ensino e Administração ou de diploma de estudos pós-graduados em Gestão ou Administração Pública, possuidores do grau de licenciado ou seu equivalente legal.»

Desta forma é possível compreender que sendo necessária uma formação específica na área de gestão quando um destes profissionais é nomeado para funções específicas desta natureza, o mesmo não se verifica para o desempenho das funções descritas nas alíneas g), h) e n) anteriormente citadas, pelo que a competência para o desempenho das mesmas deve advir da formação de base e dos conhecimentos aí adquiridos.

O supracitado Decreto-Lei permite ainda perceber que estes profissionais se encontram num nível de gestão intermédia, já que para além da hierarquia referida para as categorias profissionais, nomeadamente entre direção e coordenação, o Decreto-Lei refere que o coordenador deve «Prestar informações e esclarecimentos aos órgãos da estrutura hierárquica da instituição;».

Para além da legislação, também em termos de literatura autores como Schafer, Lopopolo & Luedtke-Hoffmann (2007) referem que na atualidade dificilmente se prestam cuidados de saúde sem se ter em consideração aspetos como os recursos dos pacientes ou o reembolso resultante dos serviços prestados, entre um grande número de outros fatores relativos à organização e operacionalização dos serviços. Assim sendo, as supracitadas autoras defendem que existem competências de administração e gestão que são parte integrante da prática clínica do fisioterapeuta.

Schafer *et al.* (2007) defendem ainda que os conceitos de administração e gestão são interdependentes entre si e também interrelacionados com os elementos do modelo para o cuidado direto do paciente/cliente do guia Norte-americano, *Guide to Physical Therapist Practice*. Assim, consideram que a prática clínica se integra com a gestão dessa mesma prática na seguinte conceptualização: o profissionalismo fornece o contexto de fundo para a prática da fisioterapia; as competências de administração e gestão que traduzem o lado de negócio da prática da fisioterapia juntamente com as competências de gestão do paciente/cliente do guia supracitado fornecem o conteúdo necessário para a prática da fisioterapia; por fim, a liderança é o meio através do qual, o conteúdo da prática é aplicado de forma profissional no cumprimento das responsabilidades do fisioterapeuta.

Em face desta conceptualização torna-se necessário compreender quais as competências de administração e gestão que um fisioterapeuta já deve possuir ao dar

início à sua atividade profissional e quais destas competências é preferível desenvolver mais para a frente na carreira, consoante o rumo que esta tome (Schafer *et al.*, 2007).

Nos Estados Unidos da América o *Normative Model of Physical Therapist Education* da Associação Americana de Fisioterapia serve de guia para os conteúdos programáticos dos cursos de fisioterapia e inclui 5 categorias de administração e gestão: direção e supervisão de recursos humanos; participação na gestão financeira; estabelecimento de um plano de negócios; participação em marketing e relações públicas; e o uso de outras estratégias de negócio na gestão de fisioterapeutas (Schafer *et al.*, 2007). No entanto, as supracitadas autoras verificaram que o *Normative Model* não especifica que competências, ou que grupos de competências, dentro das categorias de administração e gestão, são as mais importantes para o fisioterapeuta quando inicia a sua atividade profissional. Da mesma forma, este guia não especifica o nível de competência e conhecimentos em administração e gestão que o fisioterapeuta recém-formado deve ter, estando ainda por apurar se as 5 categorias são as mais apropriadas para ser desenvolvidas na formação académica de base (Schafer *et al.*, 2007).

1.4.2. Planos de estudos da formação base

Os planos de estudos académicos são planos de aprendizagem. Em particular, nos cursos de fisioterapia identificam os componentes de aprendizagem académica e profissional nos quais a prática se baseia. Os planos de estudos são compostos por 4 elementos importantes: conteúdos; estratégias de ensino e aprendizagem; processos de aferição e processos de avaliação (Canadian Universities Physiotherapy Academic Council, 2009).

Glendinning (1987) referiu que alguns dos aspetos negligenciados nos programas curriculares da formação de base em fisioterapia eram o treino de técnicas básicas de gestão, bem como a compreensão da importância e conseqüente valorização do papel de gestor do fisioterapeuta coordenador. Os estudantes de fisioterapia deveriam, segundo o supracitado autor, desenvolver competências de gestão apropriadas e teriam conhecimento das dificuldades enfrentadas pelo fisioterapeuta coordenador na conciliação do trabalho clínico. Apesar de esta situação já não se verificar na atualidade,

a justificação desta necessidade continua extremamente atual. De sublinhar o facto de a autora referir a apropriação das competências de gestão, as quais, variando consoante o contexto organizacional, cultural, político e económico, deverão ser investigadas a nível nacional em cada país.

Nos Estados Unidos da América, o *Normative Model of Physical Therapist Education* recomenda a capacidade de participar no planeamento, orçamento, apuramento do valor de reembolso e em atividades de marketing, bem como a capacidade de delegar funções e realizar a correspondente supervisão, ou ainda, a gestão do pessoal de apoio, como competências que os estudantes deverão desenvolver na formação profissional de base (Schafer, 2002).

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas disponibilizou em 2010 uma listagem de todas as escolas superiores que formam fisioterapeutas em Portugal, incluindo ensino público e privado. Consultando os planos de estudos disponibilizados pelas escolas nos respetivos *sites* oficiais é possível verificar que, para o ano letivo 2012/2013, em 13 das 19 escolas listadas existe pelo menos uma unidade curricular da área de administração e gestão. No entanto, apesar do âmbito temático comum das unidades curriculares lecionadas existe uma grande variedade nos títulos das mesmas, ainda que “Gestão em Saúde” seja a componente mais frequente na formação do nome das referidas unidades curriculares. Já os conteúdos programáticos destas unidades curriculares, na sua esmagadora maioria não estão disponíveis para consulta no *site* oficial de cada escola, tornando-se assim impossível tentar perceber se há uniformidade nos conteúdos abordados. O que é inegável é que as escolas Portuguesas já começam a reconhecer a importância de preparar os seus alunos com conhecimentos e/ou competências da área de administração e gestão, logo desde o grau básico de formação em fisioterapia.

1.4.3. A investigação sobre os conteúdos programáticos em gestão

Desde cedo que se realizaram estudos científicos sobre o papel dos gestores procurando identificar as competências de gestão que lhe eram inerentes. Em 1974, Katz identificou 3 competências básicas para a realização do trabalho de gestor, eram

elas a competência técnica, a competência humana e a competência conceptual. Mais tarde, em 1995, Pavett & Lau desenvolveram a sua investigação tendo por base os 10 papéis do gestor descritos por Mintzberg em 1973, mas tendo-lhes acrescentado mais um papel, o papel de técnico perito.

No entanto, nenhum destes estudos se centrava no papel dos gestores em saúde, pelo que em 1996, Roemer, citado por Schafer (2002), foi pioneiro na utilização do questionário desenvolvido por Pavett e Lau num estudo sobre o trabalho dos gestores dos cuidados de saúde. Para tal, Roemer sentiu necessidade de modificar o supracitado questionário de forma a adaptá-lo em específico aos gestores desta área. O novo questionário incorporou os 10 papéis descritos por Mintzberg, mais o papel acrescentado por Pavett e Lau, adicionando as 3 competências identificadas por Katz e ainda as 2 competências desenvolvidas pela própria autora durante o estudo piloto (Schafer, 2002).

Em termos de literatura a prática clínica dos fisioterapeutas tem sido amplamente investigada, no entanto, o mesmo não se passa com a natureza do trabalho de gestão desenvolvido pelos fisioterapeutas (Schafer, 2002). Da mesma forma, também em termos de linhas orientadoras para a prática clínica do fisioterapeuta, têm sido desenvolvidos e revistos guias orientadores, tanto para a orientação da prática profissional como para os conteúdos programáticos a incluir na formação profissional de base (Schafer, 2002). É o caso dos Estados Unidos da América, cuja Associação Americana de Fisioterapia desenvolveu o já referido *A Normative Model of Physical Therapist Professional Education* em 1994/95. Este documento é bastante pormenorizado no que diz respeito ao trabalho clínico, mas bastante geral no que se refere às tarefas com origem nas responsabilidades de gestão (Schafer, 2002). Assim, relativamente às competências de administração e gestão são sugeridas 5 categorias de conteúdos: direção de recursos humanos, supervisão e gestão de pessoal, participação na gestão financeira e de recursos humanos, participação em marketing e relações públicas, e ainda, a utilização de outras estratégias de negócio na gestão em fisioterapia (Lopopolo, Schafer & Nosse, 2004). No entanto, guias como este não indicam se há conteúdos mais relevantes do que outros ou qual o nível de conhecimentos e competência que deve ser exigido aos estudantes de fisioterapia. Da mesma forma, ainda não foram realizados estudos com a finalidade de saber se as categorias incluídas

nestes guias cobrem todas as necessidades dos fisioterapeutas ou ainda se são as mais apropriadas (Lopopolo *et al.*, 2004).

Mais tarde, em 1999 a Secção Sobre Administração da Associação Americana de Fisioterapia, hoje Secção Sobre Políticas de Saúde & Administração, publicou o documento *Leadership, Administration, and Management Preparation* (LAMP), que listava à data os conteúdos de administração e gestão pertinentes para a prática do fisioterapeuta independentemente do contexto clínico (Lopopolo *et al.*, 2004).

Mas quais são os conhecimentos e competências em administração e gestão apropriados para os fisioterapeutas no contexto da sua prática clínica e quais destes conhecimentos e competências devem possuir todos os fisioterapeutas recém-licenciados? Em 2004 Lopopolo, Schafer & Nosse realizaram um estudo do tipo Delphi com base no documento LAMP, tentando perceber se este lista todos os conteúdos de administração e gestão necessários para a prática clínica dos fisioterapeutas; quais destes conteúdos listados no documento são mais importantes para os fisioterapeutas gestores; e ainda, que nível de conhecimento e competência sobre estes conteúdos é necessário que fisioterapeutas recém-graduados possuam. Os autores verificaram que, sendo um estudo tipo Delphi e portanto com 3 fases, na segunda fase apenas 3% de todas as competências LAMP receberam pontuações de “sem importância”, o que para as autoras reflete a complexidade e amplitude de conteúdos utilizados pelos fisioterapeutas no contexto clínico.

No entanto, este estudo realizado por Lopopolo *et al.* (2004) analisou também as competências necessárias para os fisioterapeutas recém-graduados, bem como o grau de conhecimentos que lhe está associado. Os resultados que obtiveram indicam que os fisioterapeutas recém-graduados apenas necessitam de desempenhar com mestria algumas das competências listadas no documento LAMP e que algumas outras não são de todo necessárias no início da carreira. Apenas 2 competências foram referidas pelos participantes no estudo como críticas, sendo estas a comunicação e a análise do estado da profissão. Face a estes resultados, as autoras sugerem que os fisioterapeutas consideram que as competências básicas do lado de negócio da fisioterapia podem ser desenvolvidas depois do início do exercício profissional. Lopopolo *et al.* (2004) referem ainda que as categorias de conteúdos que receberam pontuação mais elevada foram as mesmas 7 em cada uma das 3 fases do estudo Delphi, pelo que parece existir um

consenso a esse nível. No entanto, estes autores indicam como uma limitação do seu estudo, o facto de não se encontrar uma lista de comportamentos associada aos componentes do documento LAMP que permitisse clarificar o que se espera dos fisioterapeutas recém-graduados e também o que deve constar dos programas de estudos académicos.

Em 2002 a Winnipeg Regional Health Authority, Canadá, realizou um estudo, o Allied Health Workforce Study, com o objetivo de analisar as características relacionadas com a procura e oferta de várias profissões de saúde, nomeadamente da fisioterapia. O Canadá possui características geográficas e populacionais muito particulares e cuja evolução expectável aponta para que a relação procura/oferta de serviços de fisioterapia leve a que a prática da fisioterapia se desenvolva em contextos cada vez mais independentes, tornando-se necessário uma maior autonomia destes profissionais. Uma das recomendações que consta deste relatório é que os estudantes tenham uma maior maturidade, possuindo a capacidade de desenvolver o pensamento crítico a nível avançado, bem como uma prática baseada na evidência. Acrescentam ainda que estes contextos de maior independência do profissional vão exigir que este possua mais competências de administração e gestão.

No entanto, ainda no Canadá mas já em 2008 a Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators pediu à Professional Examination Service, uma entidade de credenciamento profissional Norte-Americana, um relatório sobre a prática dos fisioterapeutas no Canadá. Nos resultados obtidos relativos às declarações de conhecimentos, os investigadores referem que os inquiridos indicaram quase todas as áreas de conhecimento apresentadas no questionário como devendo ser adquiridas pelos fisioterapeutas, quer no momento da sua formação profissional de base, quer depois do início do exercício profissional. No entanto, os investigadores destacam que quase todos os conhecimentos relacionados com *Administração da Prática e do Negócio* foram indicados pelos participantes como apenas sendo necessária a aquisição destes conhecimentos após o início do exercício profissional. No que diz respeito aos resultados obtidos relativos às competências, os investigadores referem que mais de 50% dos inquiridos responderam que a *Monitorização e supervisão de alunos*, e ainda, a *Aplicação de técnicas de gestão de programas*, só é necessário serem adquiridas após o início do exercício profissional.

Em Maio de 2009, o Canadian Universities Physiotherapy Academic Council criou o *Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs*, com o objetivo de estabelecer parâmetros para balizar o conteúdo recomendado para os programas académicos naquele país. As linhas orientadoras que constam deste documento foram concebidas para servirem de referência no desenho de um programa universitário, bem como de um plano de estudos que prepare o fisioterapeuta para ser um profissional autónomo, eficaz e com uma prática segura, capaz de trabalhar em colaboração com outros profissionais numa variedade de contextos sociais e de saúde. Neste projeto foram consultadas diversas partes com interesse no tema relativamente a áreas de conteúdos programáticos que deveriam ser introduzidos ou ser mais desenvolvidos, sendo que algumas referiram «a importância de conhecimentos e competências do negócio.»

Mais do que isso, uma das dimensões presentes no supracitado documento é o “contexto da prática”, o qual inclui a gestão de serviços, descrita como «O fisioterapeuta que está a iniciar a sua prática irá contribuir, possuindo o conhecimento apropriado, para a operação de um serviço de fisioterapia atarefado, (...) O conteúdo dos planos de estudos proporcionarão ao fisioterapeuta que está a iniciar a prática, uma compreensão dos princípios e processos do negócio, da organização e de gestão necessários para apoiar a prestação de serviços de fisioterapia tanto no sector público como privado. O conteúdo dos planos de estudo inclui uma introdução à gestão da mudança, desenvolvimento do plano de negócio, marketing, gestão da qualidade e preparação para acreditação.»

Em Outubro de 2009, o National Physiotherapy Advisory Group desenvolveu e validou no Canadá o *Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada*, que visa dar a conhecer à profissão e ao público em geral o papel e competências dos fisioterapeutas naquele país. Este documento descreve os conhecimentos, competências e atitudes que os fisioterapeutas devem ter no Canadá, tanto no começo como ao longo da carreira profissional, refletindo a diversidade de contextos onde tem lugar o exercício profissional e ajudando a profissão a adaptar-se à constante evolução destes contextos.

Tendo como modelo o quadro de competências utilizado para os médicos pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Frank, 2005 citado por National Physiotherapy Advisory Group, 2009) o *Essential Competency Profile* descreve o papel

central de *Perito* que integra mais 6 papéis: *Comunicador*, *Colaborador*, *Gestor*, *Defensor*, *Praticante Académico* e *Profissional*, sendo que o fisioterapeuta deve mostrar competência em todos os 7 papéis. Cada papel tem associado uma definição, competências-chave e competências de operacionalização, sendo estas últimas subelementos que permitem atingir as competências-chave.

Neste documento o papel de *Gestor* não se refere a responsabilidades de administração e gestão, mas sim à gestão do exercício profissional, no entanto, é fácil verificar que diversas competências listadas como parte integrante dos vários papéis são de facto competências de administração e gestão. Por exemplo, o papel de *Perito* é descrito da seguinte forma: «Como peritos em função e mobilidade, os fisioterapeutas integram todos os Papéis do Fisioterapeuta para liderar na promoção, melhoria e manutenção da mobilidade, saúde e bem-estar dos Canadianos». Uma das competências-chave listadas é «Desenvolve e recomenda uma estratégia de intervenção» que inclui como uma das competências de operacionalização «Recomenda uma abordagem para a prestação do serviço consistente com as necessidades e objetivos do cliente e todos os recursos disponíveis». Num outro papel, o de *Comunicador*, definido como «Os fisioterapeutas utilizam comunicação eficaz para desenvolver relações profissionais com clientes, famílias, prestadores de cuidados e outras partes interessadas», está listada como competência-chave «Utiliza comunicações verbais, não-verbais, escritas e eletrónicas eficazes e apropriadas» sendo uma das competências de operacionalização «Produz e mantém registos legíveis, precisos e apropriados agindo de acordo com os requerimentos regulatórios (por exemplo, podem ser por escrito ou eletrónicos e relacionar-se com clientes ou equipamento)». Um último exemplo refere-se ao papel de *Gestor*, cuja definição é «Os fisioterapeutas gerem tempo, recursos e prioridades a todos os níveis para a prática individual e para garantir uma prática sustentável a nível geral», inclui como competência-chave «Gere a prática individual de forma eficaz», sendo uma das competências de operacionalização «Compreende a estrutura, financiamento e função do sistema de saúde na forma como se relaciona com a prática da fisioterapia».

Já nos Estados Unidos da América, em 2002, Schafer desenvolveu um estudo onde comparava a importância atribuída por três grupos distintos de fisioterapeutas relativamente a 16 categorias de competências de gestão. Os 3 grupos caracterizavam-se por desenvolverem a sua atividade em diferentes contextos: o ensino da fisioterapia em

ambiente académico, o exercício profissional inserido em organizações de saúde públicas, e ainda, o exercício profissional no mercado privado da prestação de cuidados de saúde. Os resultados sugerem que no geral as categorias mais importantes para o trabalho de gestão dos fisioterapeutas são: *Comunicação*, *Controlo financeiro*, *Alocador de recursos*, *Empreendedor* e *Líder*, visto serem as categorias que reuniram mais pontos e portanto foram classificadas como mais importantes para os fisioterapeutas nos 3 contextos de exercício profissional. Considerando apenas os 2 grupos de fisioterapeutas que desenvolviam a sua prática profissional em contexto clínico o acordo é maior, surgindo 6 categorias a reunir consenso como mais importantes: *Comunicação*, *Controlo financeiro*, *Alocador de recursos*, *Avaliação estratégica*, *Monitor* e *Porta-voz*. É de sublinhar que a categoria *Comunicação* se destacou de todas as outras ao ser classificada em primeiro lugar em 2 grupos de fisioterapeutas – ambos os grupos a desenvolver o exercício profissional em meio clínico – e em segundo lugar no grupo de fisioterapeutas dedicado ao ensino. A categoria de *Representante* parece ser a menos importante para o desempenho de funções de gestão por um fisioterapeuta visto ter sido a menos pontuada, de forma unanime, nos 3 grupos.

1.4.4. A importância da adaptação à cultura Portuguesa

Segundo Yukl (1989) a cultura representa um conjunto de normas e crenças, o que pode limitar os comportamentos aceitáveis para os líderes e portanto limitar também as suas práticas de gestão. Daí advém também que determinadas práticas serão aceites e bem-sucedidas numa cultura e menos noutras. No entanto, Hoffman & Shipper (2012) indicam alguns fatores que podem tornar as práticas de gestão bem-sucedidas mais homogéneas: a globalização de mercados e indústrias; os avanços tecnológicos nas comunicações e transportes; e as práticas padronizadas e normas de gestão e administração estabelecidas por entidades internacionais acreditadas.

Verifica-se ainda, que a mesma prática de gestão é eficaz em duas culturas diferentes, mas por ter particularidades diferentes numa e noutra cultura, se traduz em comportamentos diferentes. Hoffman & Shipper (2012) dão o exemplo dos comportamentos orientados para as pessoas que numa cultura se podem traduzir por

apoiar um subordinado a resolver problemas relacionados com o trabalho e que noutra cultura se podem traduzir pelo aconselhamento de um subordinado em problemas pessoais. A diferença, segundo os supracitados autores, reside assim na forma como as práticas e as competências de gestão são expressas e aplicadas em culturas diferentes.

A preocupação com a adequação das práticas de gestão às culturas continua a motivar o debate e a investigação nesta área. Considerando por um lado que diferentes culturas refletem diferentes valores (Hofstede, 1984) e por outro as teorias da divergência-convergência da gestão e organizações, Hoffman & Shipper (2012) desenvolveram um estudo para tentar perceber em que medida os valores culturais podem interagir com as competências de gestão, as atitudes dos funcionários e a eficácia da unidade de trabalho. Em resumo os autores supracitados concluíram que a cultura parece moderar a relação entre as competências e atitudes e a eficácia mas nem sempre na direção esperada, referindo que a interação entre estes 2 fatores é mais complexa do que esperavam. Estes autores sugerem ainda que ao analisar dimensões específicas ou utilizando formas de medir cultura, se possa perceber o motivo pelo qual as diferentes culturas podem dar origem a recomendações específicas para as práticas internacionais de gestão.

O *Essential Competency Profile* desenvolvido pelo National Physiotherapy Advisory Group refere que o exercício profissional em contextos diversificados implica considerações como o tipo de clientes; áreas de prática profissional, objetivos e tipos de serviços de fisioterapia; ambiente em que a prática se desenvolve e os modelos de financiamento. A diversidade de contextos é uma característica da prestação de cuidados de fisioterapia também em Portugal. É ainda de referir que os contextos em que a prática profissional ocorre se inter-relacionam e influenciam os papéis e competências que cada fisioterapeuta necessita para realizar o seu exercício profissional de forma segura e eficaz (National Physiotherapy Advisory Group, 2009).

Em resultado do estudo que desenvolveu nos Estados Unidos da América em 2002, Schafer (conf. “2.4.3. A investigação sobre os conteúdos programáticos em gestão”) refere que o tipo de contexto em que ocorre a prática profissional pode influenciar os papéis ou as competências necessárias para o desempenho de funções. A supracitada autora sugere ainda que fatores como o tipo de sector – público ou privado – pode fazer variar o tipo ou a frequência com que os vários papéis e competências de

gestão são utilizados. Assim, partindo da sua experiência Schafer defende que para que seja possível uma boa compreensão dos papéis e competências de gestão do fisioterapeuta se analisem fatores como a idade da empresa, a posição hierárquica do fisioterapeuta gestor na organização, o tempo despendido na prestação direta de cuidados aos pacientes e ainda o número de funcionários, caracterizando-se assim o contexto envolvente.

Compreende-se assim a importância de investigar, para a população Portuguesa em específico e nos vários contextos de exercício profissional que nos são característicos, quais as competências de administração e gestão necessárias para os fisioterapeutas recém-licenciados, por oposição à introdução de conteúdos programáticos académicos baseados em estudos e investigação feita fora do país, mesmo que dentro da União Europeia, ainda que os mesmos devam ser considerados. Exemplo disto é o trabalho desenvolvido pelo Canadian Universities Physiotherapy Academic Council que em 2009 para a criação do documento *Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs*, realizou uma revisão de elevado nível dos planos de estudos de países que consideraram relevantes de forma a poder fazer comparações no processo de revisão que iam fazer e para identificar áreas de interesse estratégico para o referido projeto. Devido à complementaridade dos programas de educação, credenciais, âmbito da prática e contextos de prática, os principais países revistos foram os Estados Unidos da América, a Austrália e o Reino Unido, mas também foram analisadas publicações recentes com origem na União Europeia, Escandinávia e África do Sul.

1.4.5. A escolha do instrumento de investigação

Em 2002 Schafer realizou um estudo onde utilizou o questionário de Roemer, anteriormente utilizado em outros grupos profissionais, para comparar as perceções de fisioterapeutas que desenvolviam a sua atividade em 3 contextos diferentes: ensino superior, organizações públicas e organizações privadas. Em específico, comparava-se a importância que os referidos fisioterapeutas atribuíam a um conjunto de categorias do trabalho de gestão, isto é, papéis e competências, por forma a perceber a influência que

o contexto da prática profissional pode ter sobre estas categorias (conf. “2.4.3. A investigação sobre os conteúdos programáticos em gestão”).

Posteriormente em 2004, Lopopolo *et al.* desenvolveram um estudo do tipo Delphi com o objetivo de analisar o documento *Leadership, Administration, and Management Preparation* (LAMP) desenvolvido pela Secção Sobre Administração da Associação Americana de Fisioterapia (conf. “2.4.3. A investigação sobre os conteúdos programáticos em gestão”). Para este efeito os autores desenvolveram um questionário em cuja base se encontrava o próprio documento LAMP. Um dos objetivos deste estudo era perceber quais os níveis de conhecimento e competência de cada componente do documento LAMP que são necessários aos fisioterapeutas recém-graduados. Este objetivo tornou-se o principal objetivo de um estudo realizado mais tarde, em 2007 por Schafer *et al.*

Considerando que o enquadramento do questionário utilizado por Lopopolo *et al.* (2004) poderá ter, segundo as limitações referidas pelas próprias autoras, afetado as relações entre os componentes das categorias, o que hipoteticamente poderá ter influenciado as respostas dos participantes, Schafer *et al.* (2007) optaram por utilizar um novo questionário assente numa organização diferente das categorias e respetivos componentes. Assim, as autoras optaram por utilizar uma tipologia usada em estudos desenvolvidos em outras áreas, em que os conteúdos em administração e gestão estão organizados em relação às funções desempenhadas ou aos papéis assumidos pelos gestores. Uma das autoras, Kathleen Luedtke-Hoffmann, desenvolveu e testou em 2002 na dissertação do seu doutoramento sobre a *Identificação de Competências e Atividades do Trabalho de Gestão Essenciais dos Fisioterapeutas Gestores em Ambiente Hospitalar*, um modelo de 6 categorias de conteúdos de administração e gestão. Para o criar, Luedtke-Hoffmann realizou uma extensa revisão da literatura sobre negócios e gestão dos serviços de saúde.

Combinando a listagem dos comportamentos de administração e gestão de Lopopolo *et al.* (2004), com a organização do modelo de 6 categorias da dissertação de doutoramento de Luedtke-Hoffmann, foi criado por Schafer *et al.* (2007), um modelo de 6 categorias denominado FINHOP. Esta sigla, no seu original em Inglês, representa as novas 6 categorias criadas: finanças, gestão da informação, funcionamento em rede, gestão de recursos humanos, operações, e por fim, planeamento e previsão. O

questionário assim desenvolvido permitiu aos autores determinar quais as competências de administração e gestão necessárias aos fisioterapeutas recém-graduados nos Estados Unidos da América no ano 2010. Este estudo avaliou ainda o nível a que devem ser exigidos os conhecimentos que acompanham o desempenho destas competências na formação profissional de base.

Este foi o estudo sobre as competências de administração e gestão utilizadas em específico por fisioterapeutas mais recente e portanto atual que foi possível encontrar. Deve ainda ser tido em conta que este questionário é suportado por uma boa base construída sobre as aprendizagens resultantes de vários questionários desenvolvidos sucessivamente com diferentes estruturas e modelos, mas sempre aplicados a fisioterapeutas. Este último fator é preponderante já que, como Stewart (1989) sugere, os estudos empíricos devem centrar-se em tipos particulares de gestores em vez de no gestor de uma forma generalista.

Foram estes os motivos que fundamentaram a escolha deste questionário para uma possível reprodução do estudo com fisioterapeutas com responsabilidades de gestão em Portugal.

2. METODOLOGIA

2.1. Problema

Em face da profissionalização da ocupação referente à prestação de cuidados de reabilitação pela utilização de meios físicos, a fisioterapia e os fisioterapeutas têm evoluído nas suas práticas e no estabelecimento de um corpo de saberes, que adquiriu nos dias de hoje um estatuto legal e social. Associadas à evolução da profissão, e influenciando a mesma, encontram-se mudanças no sistema de saúde, na estrutura das organizações e na variedade de contextos de exercício profissional, que refletem as mudanças sociais, demográficas e económicas do país.

A maior autonomia, e conseqüente responsabilização, que os fisioterapeutas alcançaram implicam que cada vez mais estes profissionais desenvolvam a capacidade de recolher informação, avaliar a situação e decidir o tratamento mais benéfico para o utente em função dos recursos disponíveis. Para que este processo de tomada de decisão seja cada vez mais eficaz e valorizado por todas as partes interessadas na prestação de cuidados de fisioterapia, torna-se necessário que desde cedo os fisioterapeutas desenvolvam mais competências do que apenas as referentes à componente técnica da profissão. Muitas destas competências incluem-se na categoria de competências de administração e gestão. São exemplo disso, competências de recolha e tratamento de dados, comunicação, gestão de recursos humanos, materiais e financeiros. Estas áreas são vastas e incluem competências como o recrutamento e retenção de pessoal qualificado numa organização de saúde – competência que poderá ser necessária apenas para fisioterapeutas com funções de chefia; ou competências como a escuta ativa, a gestão do tempo ou o conhecimento dos sistemas de financiamento – competências que são de extrema importância para qualquer fisioterapeuta na sua prática, independentemente da organização ou contexto de exercício profissional onde se insere.

Por outro lado, a progressão para funções de gestão pode ser considerada a evolução lógica na carreira de fisioterapeuta, pelo que os programas de estudos do ensino superior deveriam abranger conteúdos básicos para o desempenho destas funções (Baker & McMahon, 1989).

Torna-se assim pertinente compreender que conteúdos de gestão e administração são mais importantes para o exercício profissional do fisioterapeuta, independentemente do contexto clínico (Lopopolo *et al.*, 2004). É ainda importante perceber quais as competências que devem ser adquiridas na formação base ou mais tarde, com o desenvolvimento profissional (Schafer *et al.*, 2007). Uma vez conhecidos estes conteúdos e competências será possível desenvolver programas de estudos adequados às necessidades reais dos profissionais tanto quando terminam a sua formação base, como a nível pós-graduado.

Verificou-se após pesquisa bibliográfica, que em Portugal existem poucos dados disponíveis sobre o trabalho dos fisioterapeutas enquanto gestores, motivo pelo qual se sentiu a necessidade de investigar nesta área de grande preponderância.

2.2. Questão

Que competências de administração e gestão será necessário que os fisioterapeutas recém-graduados possuam para a sua prática clínica?

2.3. Objetivos

- Identificar as competências de administração e gestão que os fisioterapeutas recém-graduados devem possuir ao iniciar a sua atividade profissional através do Questionário FINHOP modificado.
- Caracterizar o nível de desempenho de competências de administração e gestão que os fisioterapeutas recém-graduados devem possuir ao iniciar a sua atividade profissional através do Questionário FINHOP modificado.

2.4. População e amostra

A população-alvo deste estudo foram todos os fisioterapeutas cujo desempenho das suas funções incluía, ou tenha incluído, responsabilidades de gestão de qualquer nível, que estivessem registados na Associação Portuguesa de Fisioterapeutas e se encontrassem a exercer a profissão em Portugal no momento da recolha de dados.

A lacuna que existe no que diz respeito a estudos publicados em Portugal sobre as competências de administração e gestão necessárias aos fisioterapeutas recém-graduados justificou a escolha da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas como o organismo com maior listagem de profissionais com grau académico reconhecido.

Foi enviada, por correio eletrónico para a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, uma apresentação do estudo, explicando em que consiste e solicitando a sua colaboração. Para tal, a referida Associação enviou uma carta por correio eletrónico a todos os seus associados contendo uma apresentação e explicação do estudo, bem como o pedido de colaboração, no qual se salientou que a participação no mesmo era confidencial e anónima. A referida carta terminava com um *link* ao qual o participante acedia para preencher o questionário on-line.

Com o distanciamento de 15 dias foi solicitado à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que enviasse novamente a carta de apresentação do estudo e restante conteúdo, incluindo o *link* do questionário FINHOP modificado para preenchimento on-line, por forma a fazer o *follow up* do questionário.

2.5. Instrumento

A recolha de informação quantitativa, ou seja, a obtenção de dados primários para o estudo foi realizada tendo em mente o objetivo do estudo e o desenho metodológico adotado. Para tal utilizou-se um questionário: o Questionário FINHOP modificado, ver Anexo II. As modificações realizadas têm na sua origem a necessidade de adaptação à realidade Portuguesa e serão abordadas em seguida.

Para identificar as competências de administração e gestão, bem como o nível de desempenho, que os fisioterapeutas devem possuir ao terminar a obtenção do grau de licenciado, realizou-se um estudo de natureza descritiva e analítica, no qual se utilizou uma abordagem quantitativa. Os procedimentos quantitativos de análise de dados baseiam-se na aplicação de um questionário num momento único do tempo.

O questionário utilizado no estudo Norte-Americano, denominado Questionário FINHOP de Schafer *et al.* (2007) é composto pela caracterização socioprofissional da amostra e pela identificação das competências e conhecimentos de administração e gestão que os fisioterapeutas recém-graduados necessitam no momento em que iniciam a sua prática clínica, bem como os níveis de exigência requerida para cada conteúdo. O presente estudo utilizou em vez desse, o Questionário FINHOP modificado, o qual é composto pela caracterização socioprofissional da amostra e pela identificação das competências de administração e gestão mais importantes para os fisioterapeutas recém-graduados no momento em que iniciam a sua prática clínica.

No estudo desenvolvido por Schafer *et al.* (2007) foi solicitado aos inquiridos que respondessem ao supracitado questionário tendo em vista um momento específico do tempo que os autores consideraram apropriado. No entanto, no presente estudo, e dada a instabilidade socioeconómica do momento atual que dificulta qualquer previsão futura, não foi considerada uma data específica. Os participantes consideraram quais as competências de administração e gestão que creem que um fisioterapeuta em início de carreira necessita no momento presente dentro do melhor que sabem e conhecem.

O Questionário FINHOP de Schafer *et al.* (2007), segundo os autores do mesmo, contém na primeira e segunda páginas perguntas socioprofissionais e instruções de preenchimento. Da página três à página onze, encontra-se a lista de 121 competências e correspondentes definições, agrupadas nas 6 categorias FINHOP. Esta secção é composta por um total de 121 questões de resposta fechada, utilizando uma escala de Likert que media o nível de competência e conhecimento, em simultâneo, pelo que era uma escala algo complexa. Para responder a cada item e respetiva definição é necessário passar por três fases de reflexão antes de assinalar no questionário a resposta final.

Após contacto telefónico inicial com a Doutora Luedtke-Hoffmann em representação de Schafer, Lopopolo & Luedtke-Hoffmann (2007), esta enviou por

correio eletrónico o Questionário FINHOP na sua versão revista a 26 de Setembro de 2006.

Dada a origem e língua em que este questionário foi criado, foi necessária a tradução, adaptação e validação do mesmo para a população Portuguesa. Para tal, o processo de tradução e adaptação iniciou-se com uma tradução de Inglês para Português feita pelo investigador, revista tanto em termos de tradução como de apropriação dos termos técnicos por peritos tanto de Gestão de Recursos Humanos, como de Gestão Financeira e ainda de Fisioterapia.

Para validação do Questionário FINHOP modificado foi realizado um pré-teste.

Pela dificuldade em encontrar fisioterapeutas peritos em administração e gestão o pré-teste foi respondido por fisioterapeutas que acreditámos terem uma relevante experiência prática nesta área e que concordaram em participar neste estudo.

O pré-teste foi enviado por correio eletrónico aos participantes que o reenviaram também por correio eletrónico para o investigador após terem respondido e acompanhando essa resposta com as suas dúvidas no preenchimento do questionário. Tendo por base as dificuldades referidas pelos participantes, foram feitas alterações ao questionário e à introdução ao mesmo, que continha as instruções de preenchimento. Estas últimas foram o elemento que mais confusão suscitou e em cuja origem se encontrava a complexidade da escala do questionário. Foram feitas alterações às instruções de preenchimento do questionário que constavam na introdução, tendo novamente sido enviadas por correio eletrónico aos participantes no pré-teste. Apesar de descritas como mais esclarecedoras, mantiveram-se algumas dúvidas quanto às instruções e novamente motivadas pela complexidade da escala do questionário. Por esse motivo decidiu-se proceder à alteração da escala original deste questionário.

Schafer *et al.* (2007) consideraram que o nível de desempenho da competência é o constructo primário que para ser obtido requer o apoio em conhecimentos teóricos, constructo que lhe é secundário, sendo que ao combinar as duas escalas poderiam em simultâneo medir ambos os constructos. No entanto, em face das dificuldades de compreensão que encontramos durante o pré-teste, foi inevitável a alteração da escala combinada de Likert de 1 a 7 pontos do questionário para uma escala mais simples. Foi escolhida a escala de Likert de 1 a 4 pontos utilizada pelos autores para medir o nível de

desempenho das competências. Esta escolha justifica-se pelo facto de os autores referirem o desempenho de competências como o constructo principal. Ter os resultados dos fisioterapeutas Portugueses para este constructo, seria o primeiro passo para apoiar os indivíduos a quem cabe tomar decisões respeitantes aos conteúdos a inserir nos planos de estudos académicos para os futuros fisioterapeutas de Portugal.

O questionário final é assim composto por uma página inicial de apresentação e explicação do estudo, instruções de preenchimento do questionário e o consentimento informado. Inicia-se também na primeira página a resposta aos 94 itens e respetivas definições facultados pela Doutora Luedtke-Hoffmann em representação de Schafer, Lopopolo & Luedtke-Hoffmann (2007), extraídos do Questionário FINHOP revisto a 26 de Setembro de 2006.

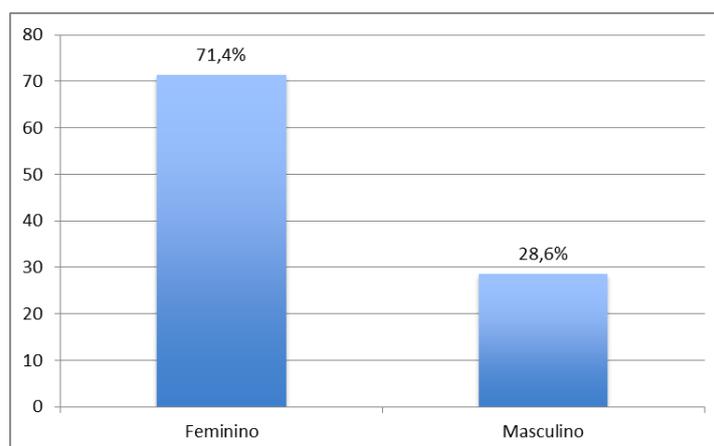
O questionário final recebeu o nome de Questionário FINHOP modificado, uma vez que a sigla FINHOP remete para as áreas de administração e gestão às quais os itens e respetivas definições dizem respeito. A referida sigla apenas faz sentido quando na língua Inglesa, no entanto, dado ser essa a língua em que o questionário foi originalmente desenvolvido, pensamos fazer sentido mantê-la assim por forma a fazer alusão à versão original de Schafer *et al.* (2007). As alterações introduzidas com a finalidade de adaptar o questionário à realidade Portuguesa tornam pertinente que se acrescente a palavra “modificado” no nome deste.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização da Amostra

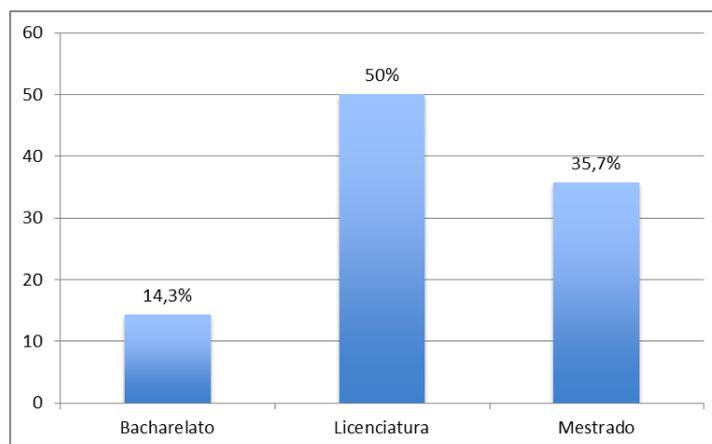
O questionário foi respondido on-line por 41 indivíduos. Apesar disso, foi possível perceber pela análise das questões referentes aos anos de exercício profissional, à experiência como gestor e às funções atualmente desempenhadas, que 13 dos 41 respondentes não cumpriam as condições de inclusão, nomeadamente não possuíam experiência no desempenho de funções de gestão, tendo sido excluídos da amostra. Desta forma, encontramos-nos perante uma amostra válida final de 28 indivíduos. Assim, a amostra é composta por 20 indivíduos do sexo feminino e 8 indivíduos do sexo masculino (figura 1).

Figura 1 – Género dos inquiridos



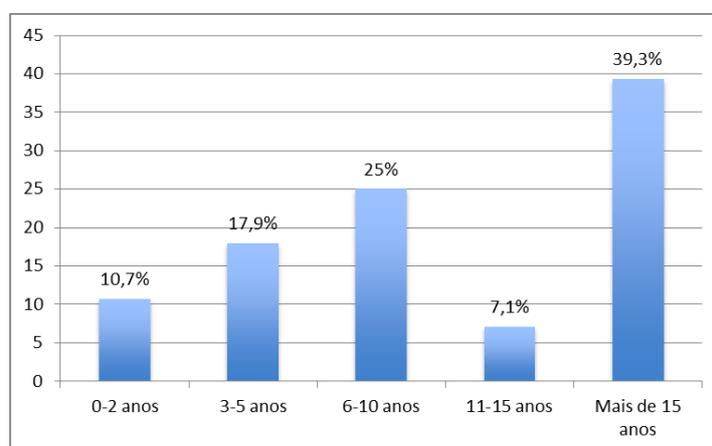
Quanto ao grau académico dos inquiridos, verificou-se que a maioria era licenciada (50%), cerca de 36% têm mestrado e 14,3% têm bacharelato, não existindo na amostra nenhum indivíduo com o grau académico correspondente a um doutoramento (figura 2).

Figura 2 – Grau académico dos inquiridos



A idade dos participantes variou entre 22 e 59 anos, sendo a idade média de 36 anos o que parece indicar que estamos perante uma amostra de indivíduos já com alguma experiência profissional em fisioterapia. De facto, ao analisar os anos de experiência profissional verificou-se que 71,4% dos inquiridos tinha 6 ou mais anos de experiência como fisioterapeuta (figura 3).

Figura 3 – Anos de experiência profissional como fisioterapeuta (por escalão)



De forma oposta, em média os participantes apresentavam aproximadamente 5 anos de experiência como gestor e aproximadamente 3 anos de experiência como professor. Quase metade dos inquiridos têm até 2 anos de experiência como gestor, e cerca de 70% têm até 5 anos de experiência como gestor (figura 4). Cerca de 2/3 dos inquiridos têm até 2 anos de experiência como professor (figura 5).

Figura 4 – Anos de experiência como gestor (por escalão)

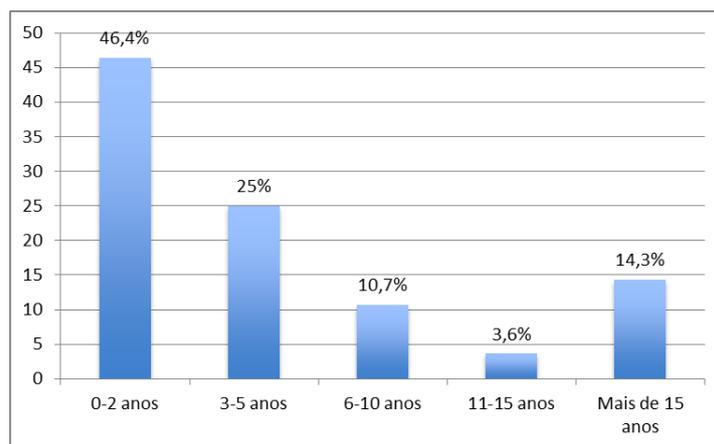
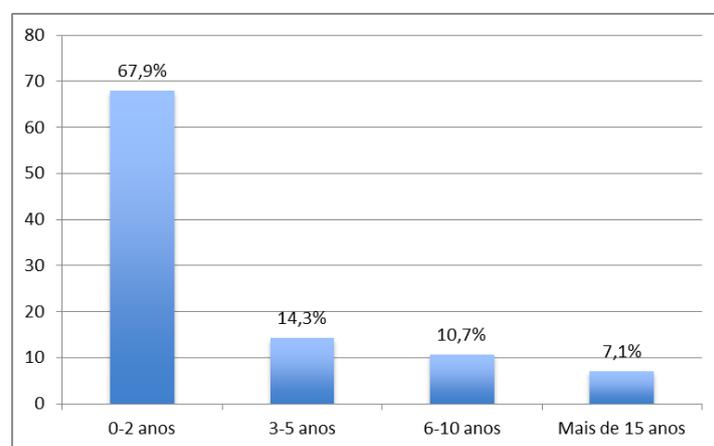
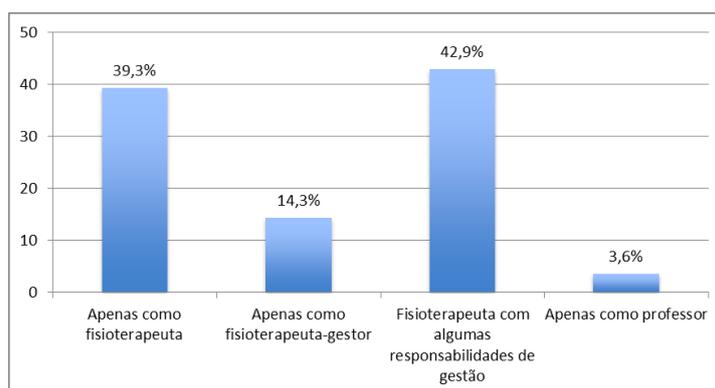


Figura 5 – Anos de experiência como professor (por escalão)



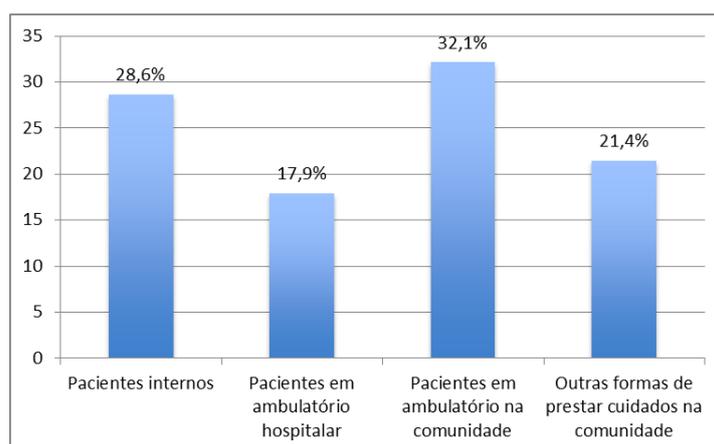
Relativamente às funções atualmente desempenhadas (figura 6), verifica-se que 57,2% dos participantes se encontra no momento presente a desempenhar funções de gestor ou com algumas responsabilidades de gestão, o que significa que a sua experiência é atual e provavelmente influenciada pelo momento económico, político e social em que os profissionais estão inseridos na sua organização e no contexto Português.

Figura 6 – Função atualmente desempenhada pelos inquiridos



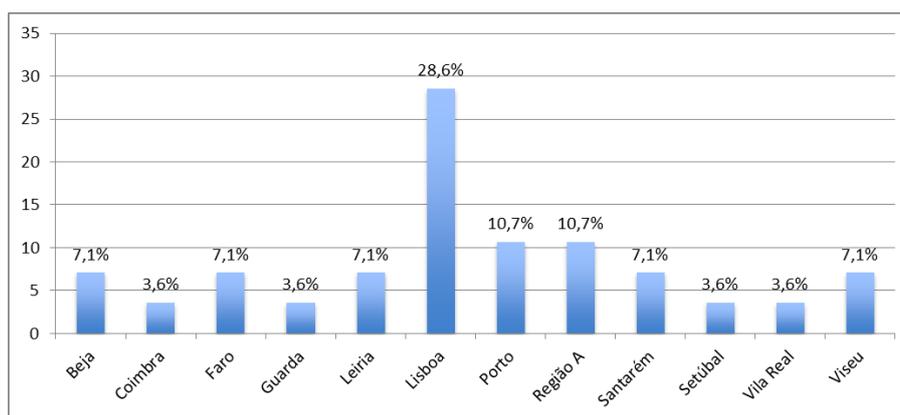
Ainda relativamente aos contextos da prática profissional foi possível perceber que todos estavam representados e que os respondentes se distribuíam de uma forma relativamente semelhante entre os vários contextos (figura 7).

Figura 7 – Envolve da prática profissional



Pelo contrário, no que diz respeito ao distrito onde o participante exerce a sua prática profissional (figura 8), verificou-se um predomínio do distrito de Lisboa relativamente a todos os outros, devendo ser ressaltado que nem todos os distritos Portugueses se encontram representados na amostra. É o caso de distritos como Aveiro, Portalegre ou a Região Autónoma da Madeira.

Figura 8 – Distrito onde o inquirido exerce a profissão



3.2. Análise das Competências de Administração e Gestão dos Fisioterapeutas

Procedeu-se à análise de consistência interna das várias competências de administração e gestão dos fisioterapeutas, através da análise do Alpha de Cronbach. Assim, e como é possível verificar na Tabela 1, a maioria das categorias apresentou uma “excelente” consistência interna, excetuando-se a categoria “Funcionar em rede” com uma “boa” consistência interna de 0,864 e a categoria “Gestão da informação” que foi a única a obter uma consistência interna “aceitável” de 0,768, segundo a escala do Alpha de Cronbach.

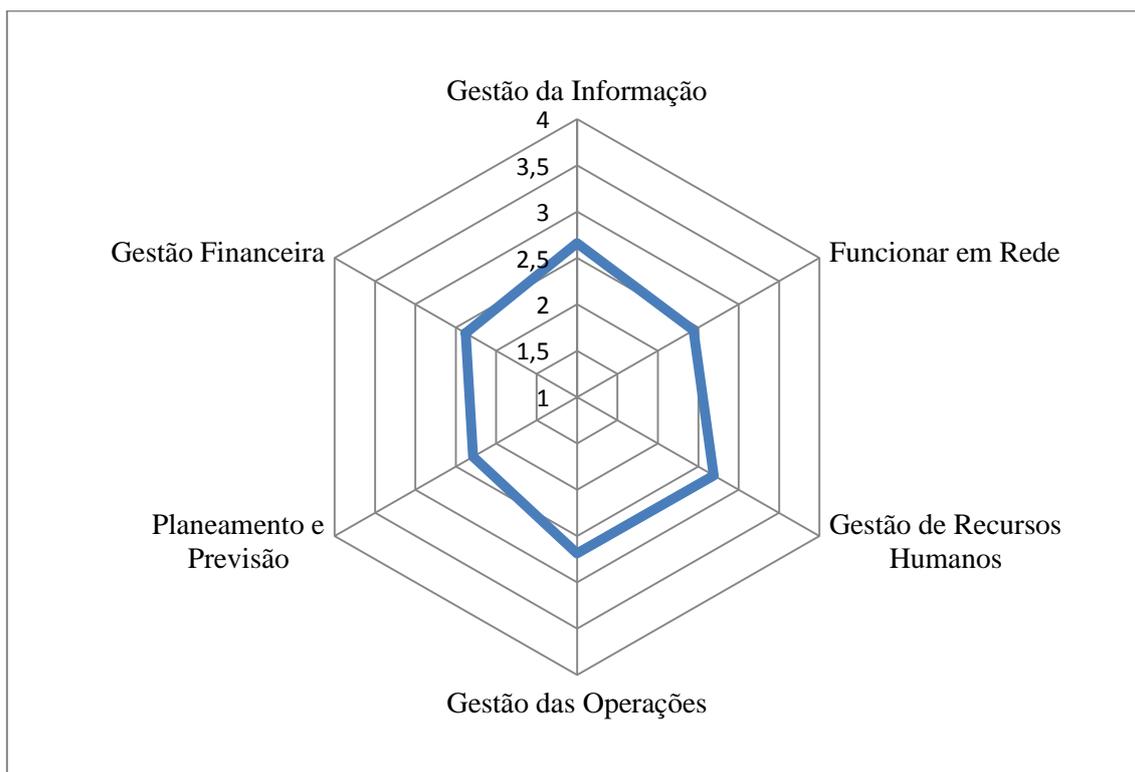
Tabela 1 – Análise de consistência interna

Categorias	Mean	Alpha de Cronbach
Gestão de Informação	2,66	0,768
Funcionar em Rede	2,44	0,864
Gestão de Recursos Humanos	2,69	0,965
Gestão de Operações	2,69	0,957
Planeamento e Previsão	2,29	0,96
Gestão Financeira	2,38	0,947

Os inquiridos consideram que, em média, todas as categorias são importantes para um fisioterapeuta recém-licenciado mas sem que este necessite de as saber desempenhar de forma independente (figura 9).

As competências que os fisioterapeutas consideram como mais importantes são “Gestão de recursos humanos”, “Gestão das operações” e “Gestão da informação”. Estas correspondem assim, de entre as categorias FINHOP, às categorias mais importantes para um fisioterapeuta recém-licenciado e portanto as que incluem competências mais importantes e suscetíveis de constarem num programa curricular académico.

Figura 9 – Valores médios das categorias FINHOP

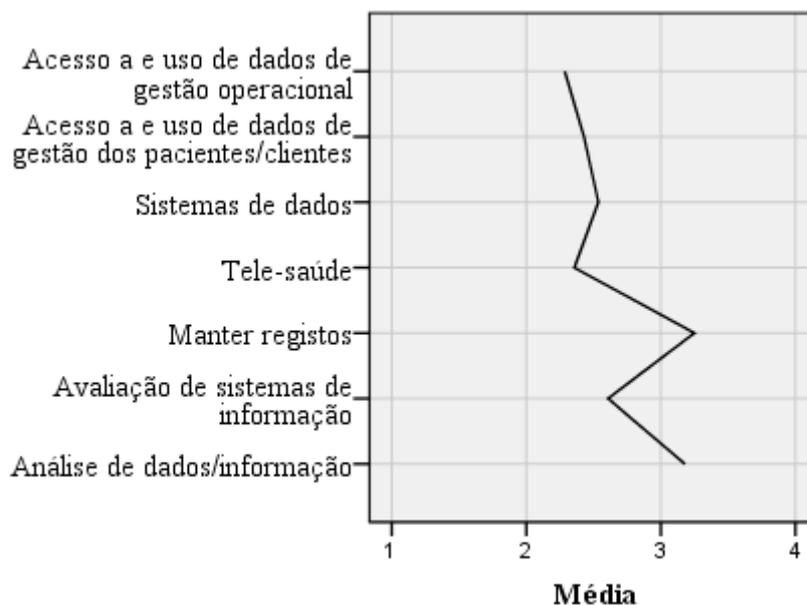


Analisando cada categoria de forma individual é possível perceber a variabilidade de cada competência que lhe é incluída, bem como quais as competências consideradas mais e menos importantes pelos participantes, encontrando-se todos os valores descritos em tabela no Anexo I.

A média dentro da categoria “Gestão da informação” apresenta uma pequena variação, no entanto, é possível destacar as competências “Acesso a e uso de dados de gestão operacional” e “Tele-saúde” como as menos pontuadas; e ainda as competências “Manter registos” e “Análise de dados/informação” como as mais pontuadas em termos médios (figura 10). Percebemos assim que os participantes consideram que os recém-licenciados não precisam de saber tanto sobre “Acesso a e uso de dados de gestão operacional” ou “Tele-saúde”, no entanto, devem estar preparados para “Manter

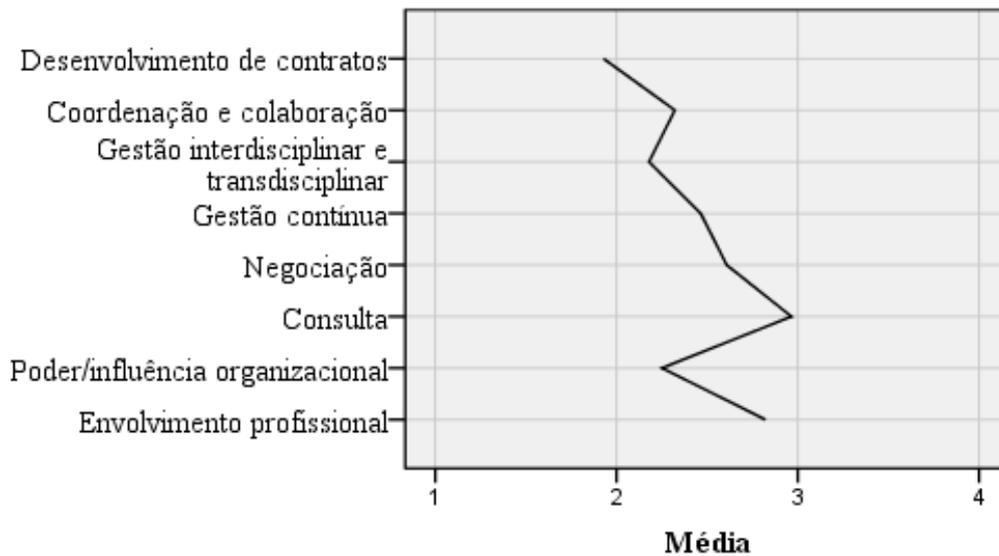
registros” e realizar a “Análise de dados/informação” recebendo apenas apoio em situações concretas.

Figura 10 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão da informação”



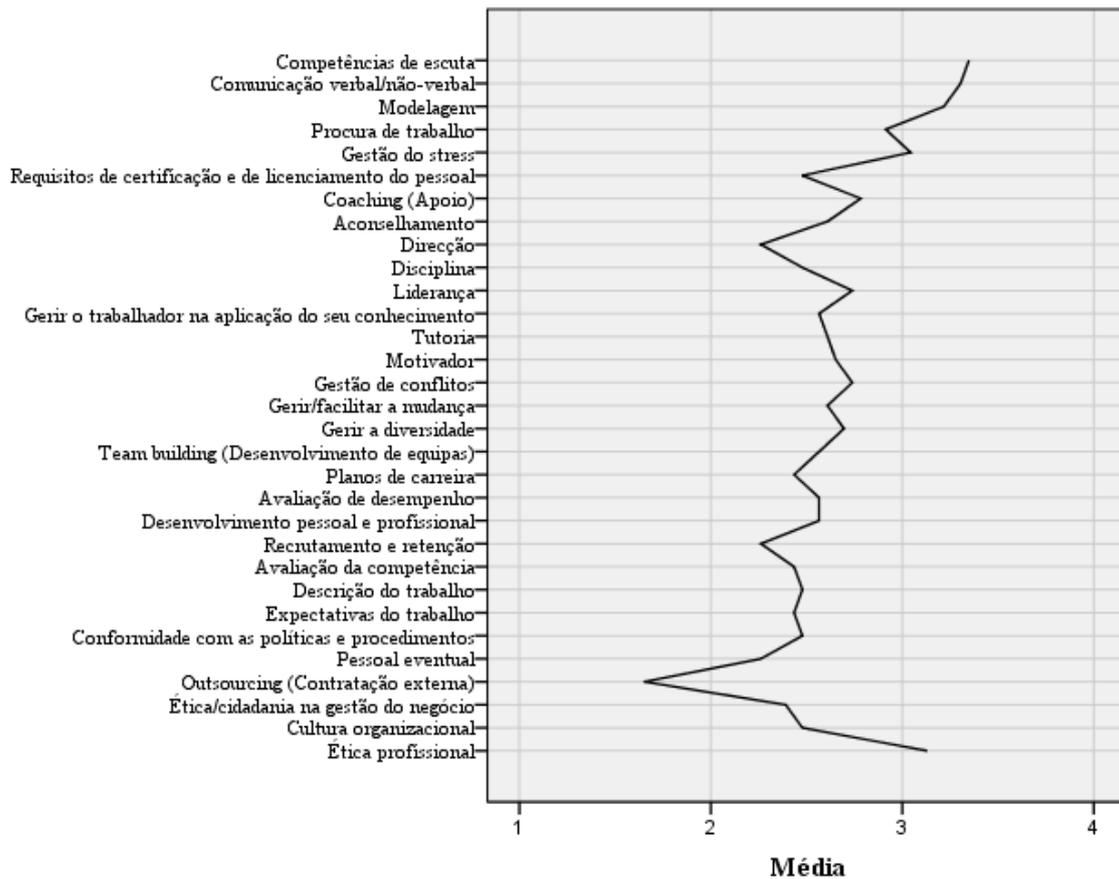
A categoria “Funcionar em rede” apresenta também uma variação pequena nos valores médios das competências, destacando-se a competência “Desenvolvimento de contratos” como a menos pontuada e a competência “Consulta” como a mais pontuada (figura 11). Ainda assim, nenhuma competência desta categoria atinge pontuação média de 3; o que significa que esta categoria não é muito preponderante para um fisioterapeuta recém-licenciado, pelo que estes podem desenvolver mais tarde competências nesta categoria.

Figura 11 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Funcionar em rede”



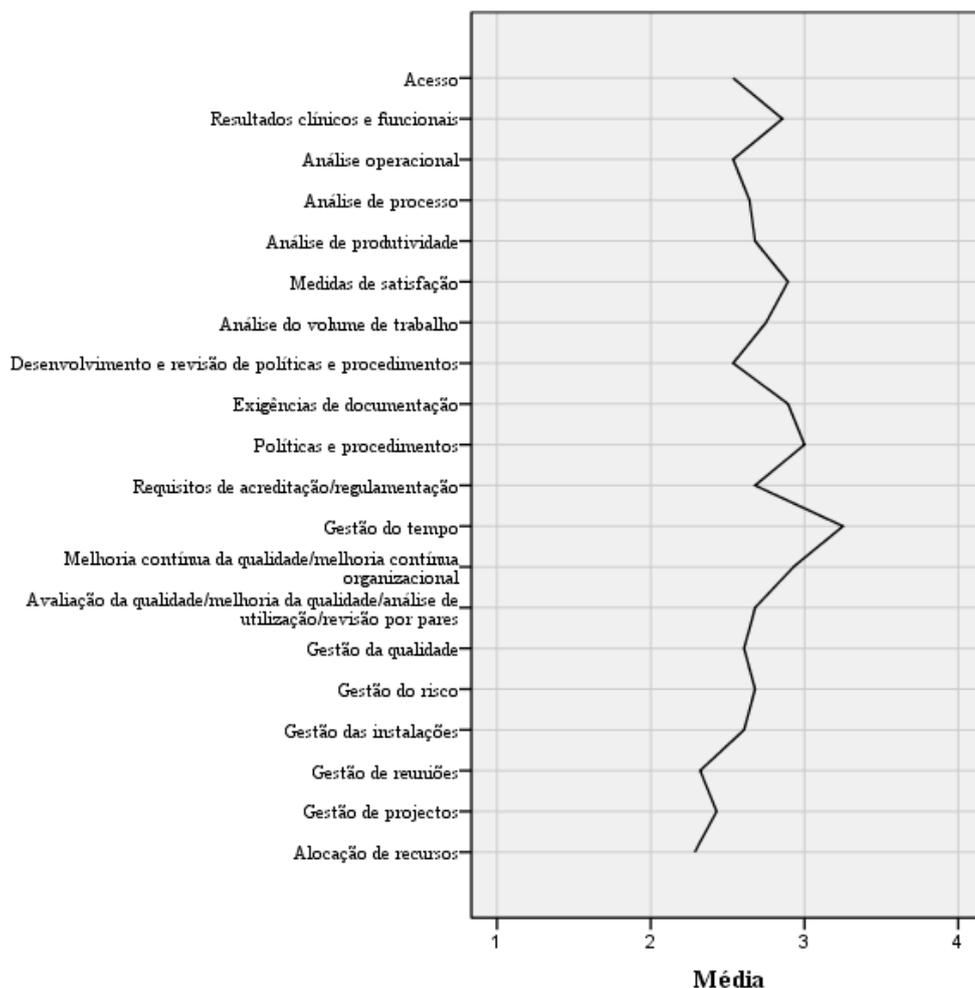
Já na categoria “Gestão de recursos humanos” é possível perceber um aumento da variação dos valores médios das 31 competências (figura 12), pelo que umas são consideradas mais importantes para o fisioterapeuta recém-licenciado do que outras. O destaque vai para as competências “Competências de escuta”, “Comunicação verbal/não-verbal”, “Modelagem”, “Gestão do stress” e “Ética profissional”; cujas médias ultrapassam sempre os 3 pontos. Isto significa que são competências que o fisioterapeuta recém-licenciado deve possuir e saber desempenhar com apoio apenas em situações concretas, pelo que é importante que constem dos programas curriculares académicos. Pelo contrário, a competência “Outsourcing (contratação externa)” destaca-se por ser a única com valor médio inferior a 2, ou seja, houve um grande consenso nas respostas dos participantes que consideraram que o fisioterapeuta pode mais tarde receber formação nesta área, não necessitando dela logo desde a formação base.

Figura 12 – Valores médios das competências incluídas na categoria “Gestão de recursos humanos”



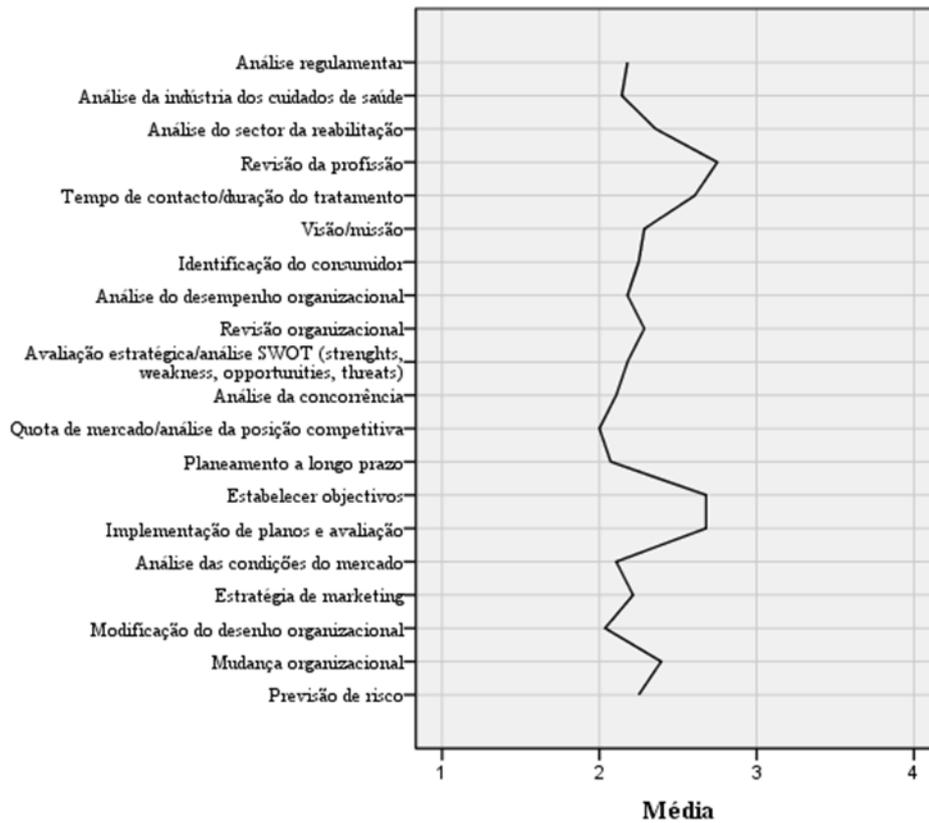
Na categoria “Gestão das operações” só as competências “Políticas e procedimentos” e “Gestão do tempo” obtiveram um valor médio igual ou superior a 3; o que significa que o fisioterapeuta recém-licenciado deverá ser capaz de realizar estas competências com ajuda apenas em situações concretas (figura 13). Todas as restantes são passíveis de serem posteriormente adquiridas em formações posteriores, sendo a “Alocação de recursos” a competência que menos falta faz aos recém-licenciados dentro desta categoria pois foi a que os participantes menos pontuaram.

Figura 13 – Valores médios das competências incluídas na categoria “Gestão das operações”



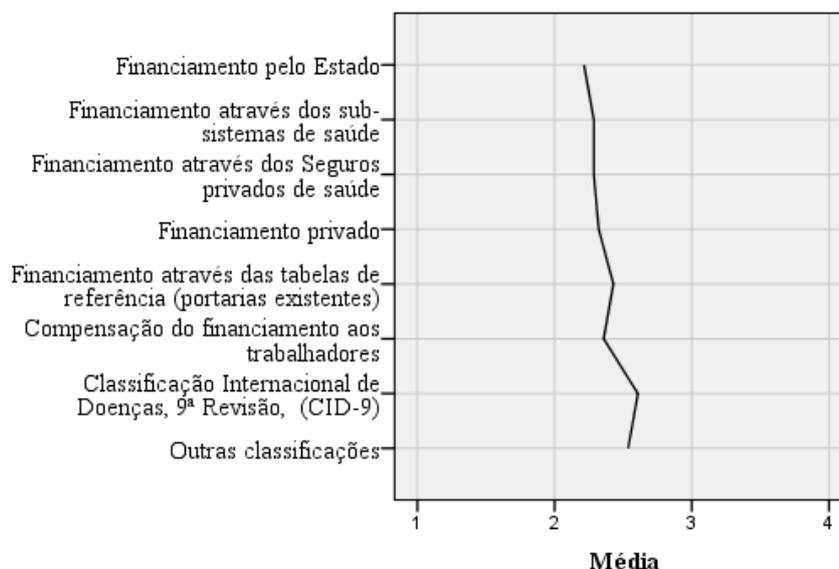
Uma vez mais, não se verificaram grandes variações nos valores médios obtidos para as competências referentes à categoria “Planeamento e previsão”, sendo que estes valores variaram dentro de um intervalo igual ou superior a 2 mas inferior a 3 (figura 14). Isto significa que todas as competências incluídas nesta categoria apesar de poderem ser úteis aos fisioterapeutas na sua prática clínica podem ser realizadas com auxílio, podendo ser aprendidas mais tarde na carreira. O destaque vai para as competências “Revisão da profissão”, “Estabelecer objetivos” e “Implementação de planos e avaliação” como as competências mais pontuadas. Por outro lado, as competências “Quota de mercado/análise da posição competitiva”, “Modificação do desenho organizacional” e “Planeamento a longo prazo” destacam-se como as menos pontuadas.

Figura 14 – Valores médios das competências incluídas na categoria “Planeamento e previsão”



A categoria “Gestão financeira” obteve uma variação que é inferior à de qualquer outra categoria (figura 15), ou seja, as competências que dela constam são valorizadas pelos participantes de forma semelhante, traduzindo-se em competências que o fisioterapeuta pode desempenhar com ajuda ou receber formação posterior. A competência referente ao conhecimento do sistema de “Financiamento pelo Estado” destaca-se por ser a que obteve uma pontuação mais baixa, sendo que em oposição, a competência referente ao conhecimento da “Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9)” se destaca por obter a pontuação mais elevada.

Figura 15 – Valores médios das competências inclusas na categoria “Gestão financeira”



3.3. Discussão dos Resultados

Realizou-se uma análise em termos de estatística descritiva para cada categoria FINHOP e para as competências que lhes são inclusas por forma a responder à questão orientadora do estudo. No estudo de Schafer *et al.* (2007) os resultados comparativos das 6 categorias FINHOP indicaram que o fisioterapeuta recém-licenciado deve ser «moderadamente independente» no desempenho de competências de 4 categorias FINHOP: “Gestão de recursos humanos”, “Gestão da informação”, “Gestão das operações” e “Funcionar em rede”, por ordem decrescente de relevância. No presente estudo as categorias que obtiveram maior preponderância para o fisioterapeuta recém-licenciado foram “Gestão de recursos humanos”, “Gestão das operações”, “Gestão da informação” e “Funcionar em rede”, por ordem decrescente de relevância. Verifica-se que há uma grande concordância entre as categorias mais valorizadas pelos fisioterapeutas participantes em ambos os estudos, verificando-se apenas uma inversão na posição das categorias “Gestão das operações” e “Gestão da informação”. Esta concordância aponta para necessidades semelhantes no início da atividade profissional para os fisioterapeutas de ambos os países, apesar das diferenças culturais e nas características dos contextos de exercício profissional. No entanto, dada a pequena dimensão da amostra do presente estudo esta concordância não pode ser extrapolada para a população, mantendo-se uma hipótese passível de ser estudada e verificada.

Realizando uma análise comparativa das competências constantes de cada categoria, verifica-se que para a categoria “Gestão da informação” as competências que obtiveram maiores pontuações no estudo de Schafer *et al.* (2007) foram “Acesso a e uso de dados de gestão operacional”, “Manter registros” e “Análise de dados/informação”, correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. Já no presente estudo, na mesma categoria, as competências mais pontuadas foram “Manter registros”, “Análise de dados/informação” e “Avaliação de sistemas de informação”, correspondendo também a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas (figura 10). Apesar da colocação em ordem diferente, 2 das 3 categorias mais valorizadas são as mesmas.

Na categoria “Funcionar em rede” Schafer *et al.* (2007) obtiveram maior pontuação nas competências “Consulta” e “Envolvimento profissional”, as únicas a atingir uma pontuação correspondente a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. No presente estudo as competências desta categoria a obter maior pontuação foram “Consulta”, “Envolvimento profissional” e ainda “Negociação” – que obteve uma pontuação um pouco mais baixa que as duas primeiras. As 3 competências correspondem também a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas (figura 11), e mais uma vez é possível constatar uma grande semelhança nos resultados obtidos.

Na categoria “Gestão de recursos humanos” do estudo desenvolvido por Schafer *et al.* (2007) as competências que obtiveram maior pontuação foram “Competências de escuta”, “Comunicação verbal/não-verbal”, “Requisitos de certificação e de licenciamento do pessoal” e “Ética profissional”, correspondendo a um desempenho moderado a independente e a um nível de conhecimento substancial. No presente estudo as competências mais pontuadas nesta categoria foram “Competências de escuta”, “Comunicação verbal/não-verbal”, “Modelagem”, “Ética profissional” e “Gestão do stress”, que no entanto correspondem a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas (figura 12). A ordenação por relevância é semelhante em 3 das 4 categorias mais pontuadas, refletindo uma vez mais uma valorização semelhante das competências pelos participantes em ambos os estudos.

Na categoria “Gestão das operações” as autoras Norte-americanas supracitadas obtiveram maiores pontuações nas competências “Exigências de documentação” e

“Gestão do tempo” correspondendo a um desempenho moderado a independente e a um nível de conhecimento substancial. Seguiram-se as competências “Políticas e procedimentos”, “Requisitos de acreditação/regulamentação” e “Gestão da qualidade” correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. No presente estudo, as competências mais pontuadas nesta categoria foram “Gestão do tempo”, “Políticas e procedimentos”, “Melhoria contínua da qualidade/melhoria contínua organizacional”, “Exigências de documentação” e “Medidas de satisfação” correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas (figura 13). Apesar das diferenças relacionadas com a importância relativa atribuída a cada categoria, 3 das 4 competências mais relevantes são comuns em ambos os estudos.

Na categoria “Planeamento e previsão” Schafer *et al.* (2007) obtiveram maior pontuação nas competências “Revisão da profissão” e “Tempo de contacto/duração do tratamento” correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. No presente estudo as competências mais pontuadas nesta categoria foram “Revisão da profissão”, “Estabelecer objetivos”, “Implementação de planos e avaliação” e “Tempo de contacto/duração do tratamento” correspondendo no entanto a um desempenho moderado com ajuda, podendo o profissional receber formação nesta área mais tarde na sua carreira (figura 14). Percebe-se assim que os fisioterapeutas Portugueses e os Norte-americanos valorizaram as mesmas 2 de 4 competências como as mais relevantes nesta categoria, no entanto em valor absoluto, os fisioterapeutas Portugueses consideram o seu desempenho menos necessário ao fisioterapeuta recém-licenciado.

Por fim, na categoria “Gestão financeira” as competências mais valorizadas no estudo de Schafer *et al.* (2007) foram “Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, (CID-9)” e “Outras classificações” correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. No presente estudo as competências mais pontuadas nesta categoria foram “Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, (CID-9)” e “Outras classificações” correspondendo a um desempenho moderado com ajuda, podendo o profissional receber formação nesta área mais tarde na sua carreira (figura 15). Uma vez mais, como ocorreu na categoria anterior, as competências entendidas como mais relevantes para o fisioterapeuta recém-licenciado são as mesmas, no entanto, em valor absoluto a importância atribuída pelos fisioterapeutas Portugueses é menor.

Apesar de também em termos da análise de competências se verificar uma grande concordância entre os resultados obtidos em ambos os estudos, mais uma vez se sublinha o facto de o presente estudo se basear num pequeno número de participantes, o que põe em causa a possibilidade de estes resultados refletirem a opinião dos fisioterapeutas Portugueses no que diz respeito às necessidades de competências de administração e gestão de um fisioterapeuta recém-licenciado em Portugal.

Outro aspeto a ter em conta quando se comparam ambos os estudos é a diferença entre as escalas dos dois questionários. O questionário FINHOP de Schafer *et al.* (2007) possui uma escala combinada de nível de competência e nível de conhecimento, que varia entre 1 e 7; já o questionário FINHOP modificado utilizado no presente estudo possui uma escala que apenas avalia nível de competência variando de 1 a 4. Apesar de ter sido feita uma correspondência entre os valores das escalas para que fosse possível comparar os resultados de ambos os estudos, é evidente que existe sempre algum grau de desfasamento entre ambos, bem como uma maior capacidade de detetar pequenas subtilidades entre as necessidades expressas pelos participantes nos estudos, já que uma escala maior permite maior acuidade. Os reflexos desta maior acuidade fazem-se notar na capacidade que o questionário original tem de distinguir, por exemplo, entre duas competências que devem ser incluídas nos programas académicos, qual deve receber maior aprofundamento em conhecimentos teóricos. O questionário FINHOP modificado utilizado no presente estudo já não possui tal capacidade, podendo apenas distinguir entre um desempenho com ajuda cuja competência apesar de relevante não é muito importante que conste nos programas académicos ou podendo ser pouco aprofundado, ou um desempenho moderado com ajuda em situações concretas que já justifica a inclusão nos programas académicos. Assim, não é possível estabelecer uma priorização entre as competências que devem fazer parte dos programas académicos, nem compreender a que ponto se deve estender a abordagem o tema.

No entanto, no presente estudo as categorias que obtiveram maiores pontuações médias foram as categorias “Gestão de recursos humanos”, “Gestão das operações” e “Gestão da informação” correspondendo assim, de entre as categorias FINHOP, às categorias mais importantes para um fisioterapeuta recém-licenciado em Portugal e portanto, pelos resultados obtidos, as mais importantes de constarem nos programas curriculares académicos das escolas Portuguesas. Estes resultados vão ao encontro do papel do fisioterapeuta descrito no Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro e dos

objetivos que este deve conseguir alcançar relacionados com o seu posicionamento no Sistema Nacional de Saúde Português, em particular com as alíneas *h*) e *n*) (conf. 2.4.1. O fisioterapeuta em Portugal).

Analisando as competências mais pontuadas por categoria, é possível compreender melhor a natureza das necessidades expressas pelos participantes. As competências “Manter registos” e “Análise de dados/informação” (categoria “Gestão da informação”); “Competências de escuta”, “Comunicação verbal/não-verbal”, “Modelagem”, “Ética profissional” e “Gestão do stress” (categoria “Gestão de recursos humanos”); “Gestão do tempo” e “Políticas e procedimentos” (categoria “Gestão das operações) foram classificadas com pontuação 3 ou superior mas inferior a 4, correspondendo a um desempenho moderado com ajuda em situações concretas. Sendo estas competências as que obtiveram maior pontuação, são as que deveriam ser incluídas nos planos de estudos da formação base em fisioterapia em Portugal.

É possível verificar que apesar de corresponderem a categorias diferentes estas competências têm em comum dois aspetos importantes: por um lado relacionam-se com atividades da esfera pessoal, ou seja do comportamento de cada indivíduo (Schafer *et al.*, 2007); por outro lado são também de grande importância para que o desempenho clínico tenha um bom nível técnico e profissional. É o caso das atividades de recolha e análise de informação; documentação e a comunicação com o utente, cuidadores, ou outros profissionais; que constam dos *Padrões de prática* (2005) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013) e que requerem as acima referidas competências. Estamos assim perante competências que não pertencem única e exclusivamente à área de administração e gestão, sendo também de grande importância na área clínica. Note-se que os *Padrões de prática* se baseiam em princípios éticos e de conduta profissional.

Em segundo plano é possível identificar um grupo de categorias pontuadas como correspondendo a um desempenho moderado com ajuda, podendo o profissional receber formação nesta área mais tarde na sua carreira. Estas competências não são necessárias logo no início da atividade profissional do fisioterapeuta, mas podem ser necessárias a profissionais cuja carreira progrida no sentido do desempenho de algumas funções de gestão ou mesmo cargos de gestão, sendo importante que estejam presentes em programas de pós-graduação. São estas “Avaliação de sistemas de informação” e “Sistemas de dados” (categoria “Gestão da informação”); “Consulta”, “Envolvimento

profissional” e “Negociação” (categoria “Funcionar em rede”); “Procura de trabalho”, “Coaching (apoio)”, “Liderança”, “Gestão de conflitos” e “Gerir a diversidade” (categoria “Gestão de recursos humanos”); “Melhoria contínua da qualidade/melhoria contínua organizacional”, “Exigências de documentação”, “Medidas de satisfação” e “Resultados clínicos e funcionais” (categoria Gestão das operações); “Revisão da profissão”, “Estabelecer objetivos”, “Implementação de planos e avaliação” e “Tempo de contacto/duração do tratamento” (categoria Planeamento e previsão); “Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, (CID-9)” e “Outras classificações” (categoria Gestão financeira). Desta vez estamos perante competências da esfera organizacional e também algumas da esfera extra-organizacional (Schafer *et al.*, 2007), sendo que as atividades que requerem estas competências se encontram tendencialmente na esfera da gestão ou se relacionam com o contexto do sistema e mercado de saúde. Os resultados obtidos vão ao encontro das indicações referentes à administração e gestão dos serviços/unidades de fisioterapia e ainda referentes à prestação de cuidados, cujas normas constam do documento *Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia* (2003) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013).

Estes resultados vão também ao encontro das competências aconselhadas por organizações profissionais de outros países nos seus guias de conduta profissional como o documento *Leadership, Administration, and Management Preparation (LAMP)* publicado em 1999 pela Secção Sobre Administração, hoje Secção Sobre Políticas de Saúde & Administração, da Associação Americana de Fisioterapia ou o *Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada* publicado em 2009 pela Associação Canadense de Fisioterapia. Vão ainda ao encontro dos guias que orientam a elaboração dos programas curriculares nos referidos países, nomeadamente o documento *A Normative Model of Physical Therapist Professional Education* (1994/95) e o *Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs* (2009).

No entanto, os supracitados documentos não distinguem os conteúdos que incluem, isto é, não os hierarquizam quanto à sua relevância (Schafer *et al.*, 2007). É possível fazer esta priorização de conteúdos a partir do questionário de Schafer *et al.* (2007), bem como a partir do presente questionário, ainda que este tenha sofrido alterações adaptativas que limitam a sua capacidade de o fazer.

4. CONCLUSÃO

O exercício de uma profissão de saúde como a fisioterapia exige que para além de competências técnicas um indivíduo possua também outro tipo de competências, de forma a ser bem-sucedido. Sendo uma profissão de contacto com o público, o que exige, entre outras, competências de comunicação, é também uma profissão que envolve a comercialização de serviços. Daqui resulta um lado de negócio nesta atividade e consequentemente a necessidade de competências de administração e gestão.

Estas competências ganham ainda maior preponderância quando a situação económica, social e política do momento se caracteriza, como a atual, por uma fase de crise. Nestas condições os recursos tornam-se muito limitados, incluindo os da área da saúde, cuja escassez acentua a necessidade de gerir bem o que existe por forma a garantir uma distribuição o mais abrangente e equitativa possível.

Dadas as constantes mudanças que ocorrem no contexto que envolve o exercício profissional da fisioterapia, torna-se necessário que os fisioterapeutas sejam cada vez mais autónomos e capazes de tomar boas decisões, conciliando o melhor interesse dos seus utentes com a melhor aplicação possível dos recursos. Em simultâneo com a maior autonomia e o poder de decisão atribuído a estes profissionais vem também uma maior responsabilização dos mesmos.

Face a estas considerações surge a necessidade de compreender que competências de administração e gestão são importantes para que os fisioterapeutas possam responder da melhor forma possível às solicitações do seu dia-a-dia. Apenas desta forma será possível desenvolver planos de estudos académicos que preparem o profissional de forma a ser bem-sucedido.

O presente estudo visa assim identificar quais as competências de administração e gestão mais importantes para o quotidiano de um fisioterapeuta recém-graduado no início da sua atividade profissional. No entanto, nem todas as competências necessárias o são ao mesmo nível. Algumas requerem um desempenho melhor do que outras. Este estudo visa também contribuir para a caracterização do grau de desempenho das referidas competências.

Na tentativa de atingir estes objetivos, foi solicitado a todos os sócios da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que desempenham ou tivessem desempenhado funções com responsabilidades de gestão, que respondessem ao Questionário FINHOP Modificado por correio eletrónico. O supracitado questionário resultou de modificações no Questionário FINHOP de Schafer *et al.* (2007), introduzidas na sequência do pré-teste que fez parte do processo de tradução, adaptação e validação do mesmo. O Questionário FINHOP Modificado constitui-se de 6 categorias de administração e gestão: “Gestão da informação”, “Funcionar em rede”, “Gestão de recursos humanos”, “Gestão das operações”, “Planeamento e previsão” e “Gestão financeira”. Cada categoria contém um número variável de competências que foram pontuadas pelos inquiridos numa escala de Likert de 1 a 4, em que 1 significa “não necessita de desempenhar” e 4 significa “desempenha de forma independente”.

A atribuição por parte dos fisioterapeutas de pontuações diferentes às várias competências de administração e gestão analisadas confirma o facto de estas serem valorizadas por estes de forma diferente. Esta valorização será provavelmente um reflexo das necessidades sentidas por cada fisioterapeuta no seu meio profissional e a sua compreensão permitirá a criação de uma base académica sólida, uma vez que o contexto em que terá início a atividade profissional é quase sempre uma incógnita.

No presente estudo as categorias de maior relevo para os fisioterapeutas Portugueses em início de carreira são a “Gestão de recursos humanos”, a “Gestão das operações” e a “Gestão da informação”. Dentro da categoria “Gestão dos recursos humanos” as competências mais importantes são “Competências de escuta”, “Comunicação verbal/não-verbal”, “Modelagem”, “Gestão do stress” e “Ética profissional”. Relativamente à categoria “Gestão das operações” as competências mais importantes são “Políticas e procedimentos” e “Gestão do tempo”. Em termos da categoria “Gestão da informação” as competências mais importantes são “Manter registos” e “Análise de dados/informação”. Para todas estas competências os participantes consideraram que um fisioterapeuta licenciado deveria apresentar um desempenho moderado das mesmas com ajuda em situações concretas. Por este motivo, o ensino destas competências deveria constar dos programas curriculares da formação de base em fisioterapia em Portugal. Da mesma forma, na categoria “Funcionar em rede” as competências mais pontuadas foram “Consulta” e “Envolvimento profissional”, na categoria “Planeamento e previsão” as competências consideradas mais importantes

pelos inquiridos foram “Gestão do tempo” e “Políticas e procedimentos”, e ainda na categoria “Gestão financeira” as competências mais pontuadas foram “Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, CID-9)” e “Outras classificações”. Estas competências receberam pontuações baixas o que significa que os fisioterapeutas Portugueses consideram que o seu desempenho pode receber apoio ou formação posterior, pelo que se tornam mais indicadas para pós-graduações na área de administração e gestão para profissionais de saúde.

Estudos futuros nesta área deveriam tentar identificar, de uma forma representativa da população Portuguesa, que competências são importantes para o fisioterapeuta ao iniciar a sua carreira e portanto devem constar dos programas curriculares académicos, mas também priorizá-los, distinguindo entre os que necessitam de uma base de conhecimentos mais aprofundada dos que requerem menores exigências educativas. Ficariam assim conciliados dois aspetos que este estudo não conseguiu colmatar: a representatividade e uma maior diferenciação das necessidades.

A maior limitação deste estudo resulta da pequena amostra que foi possível obter. Este reduzido número total de participantes pode resultar de três fatores. Por um lado, deve-se a um limitado conhecimento da base de sondagem, já que a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas enviou o questionário por correio eletrónico aos seus associados, cerca de 3 000, não conhecendo, no entanto, as características dos mesmos. Assim, da base de sondagem conhecia-se apenas o facto de serem associados da referida associação, sendo as perguntas demográficas do questionário, nomeadamente sobre os anos de experiência profissional, os anos de experiência como gestor e os anos de experiência como educador; juntamente com a introdução do questionário, na qual se explicava que apenas deveriam responder fisioterapeutas cujo desempenho de funções incluísse atualmente ou no passado responsabilidades de gestão, que permitiam definir os possíveis participantes.

Por outro lado, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013) refere que em Portugal existem cerca de 6 000 fisioterapeutas. No entanto, e dada a natureza associativa desta entidade, não é obrigatória a inscrição na mesma por parte dos profissionais. Assim cerca de metade dos fisioterapeutas Portugueses ficaram de fora da possibilidade de participar. Em futuros estudos sugere-se que se averigue a viabilidade de obter a colaboração do Ministério da Saúde, pois este possui o único registo que

abrange todos os fisioterapeutas reconhecidos pelo Estado Português e que corresponde à atribuição da cédula profissional.

Finalmente devem ser tidos em consideração aspetos culturais da população Portuguesa, que apesar de estar em mudança sobretudo entre os mais jovens, ainda utiliza pouco a correspondência eletrónica e apresenta pouca disponibilidade para responder a questionários, particularmente um tão longo quanto este que incluía um total de 93 itens de resposta e 9 itens demográficos, o que pode ter ajudado a uma baixa taxa de respostas.

Uma vez analisados os motivos na origem da pequena amostra obtida, é importante compreender as consequências a vários níveis que dela resultam. Por um lado, não foi possível realizar comparações entre grupos de participantes por forma a perceber se determinadas características poderiam ter influência sobre a opinião dos fisioterapeutas relativamente às questões de administração ou gestão, ou seja, sobre os resultados deste estudo. É exemplo disto a comparação entre elementos do sexo feminino e masculino, numa profissão dominada por mulheres mas com maior número de homens a ocupar posições de chefia, segundo indicaram Baker & McMahon (1989) e confirmaram os sensos realizados em 2011 em Portugal, já que as mulheres portuguesas predominam na área das atividades da saúde humana em 74,2% e representam 1/3 dos profissionais do grupo “dirigentes” (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Outro exemplo é a comparação entre os profissionais com mais anos de experiência em gestão e os profissionais que recentemente começaram a desempenhar tais funções; entre os profissionais ligados ao ensino da profissão e os que se mantêm ligados à componente clínica; entre os diferentes contextos em que os profissionais exercem a sua atividade, ou ainda, entre os vários títulos formais de gestão em fisioterapia, ou seja, fisioterapeuta diretor, coordenador, sub-coordenador e o fisioterapeuta que apenas possui algumas funções de gestão. Seria importante poder fazer esta análise comparativa especialmente porque há evidência de outros estudos sobre a existência de possíveis diferenças como sugere Schafer (2002) relativamente ao contexto envolvente do exercício profissional. O contexto do exercício profissional implica aspetos como trabalhar num hospital ou numa clínica, numa organização pública ou privada (Carlström, 2012), ou ainda, prestar cuidados de saúde agudos ou pós-agudos. Todas estas condicionantes podem ter implicações em termos de diferentes

necessidades de competências de administração e gestão. Estudos futuros devem tentar ao máximo controlar este tipo de variáveis para que sejam mais claras as conclusões a retirar dos mesmos.

O desenho metodológico e o instrumento de obtenção de dados utilizados neste estudo basearam-se no formato de um estudo realizado por Schafer *et al.* (2007) nos Estados Unidos da América pelo que as categorias e respetivas competências sujeitas à análise dos participantes se limitaram às anteriormente utilizadas pelas supracitadas autoras. Seria importante perceber em estudos futuros se estão aqui abrangidas todas as competências de administração e gestão necessárias aos fisioterapeutas Portugueses ou se existem mais algumas que tenham ficado de fora e que devessem constar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Physical Therapy Association (2013). A Normative Model of Physical Therapist Professional Education: Version 2004. Disponível em: <http://www.calstate.edu/app/dpt/documents/toc.pdf>

American Physical Therapy Association (2013). Leadership, Administration, and Management Preparation. *The Resource*. 1998; 29(1). Disponível em: <http://www.apta.org/associations/9956/files/LAMPWhitePaper.pdf>

Andersen, L. B.; Pallesen, T. & Pedersen, L. H. (2011). Does ownership matter? Public service motivation among physiotherapists in the private and public sectors in Denmark. *Review of Public Personnel Administration*. 2011; 31(1):10-27.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013). Curso de Fisioterapia – Escolas Públicas e Privadas. Abril, 2010. Disponível em: <http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Escolas.pdf>

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013). Padrões de Prática. Abril 2005, 3ª Edição. Disponível em: http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Pad_Pratica.pdf

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2013). Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia. Março 2003. Disponível em: http://www.apfisio.pt/Ficheiros/N_B_Praticas.pdf

Baker, C. L. & McMahon, J. D. (1989). Salary, education, and managerial-level differences of physical therapists in Maryland. *Physical Therapy*. 1989; 69:27-31.

Berg, D.N. & Hout, S.J. (2007). Middle manager role of the Chief Medical Resident. An organizational psychologist's perspective. *Journal of General Internal Medicine*. Dezembro 2007, 22(12):1771-4.

Bergin, E. (2009). On becoming a manager and attaining managerial integrity. *Leadership in Health Services*. 2009, 22(1):58-75.

Betson, C. & Pedroja, A.T. (1989). Physician managers: a description of their job in hospitals. *Hospital & Health Services Administration*. Fall 1989, 34(3):353-69.

Braithwaite, J. (2004). An empirically-based model for clinician-managers' behavioural routines. *Journal of Health Organization and Management*. 2004, 18(4):240-261.

Bodenheimer, T. & Casalino, L. (1999). Executives with white coats - the work and world view of managed-care medical directors, Part II. *The New England Journal of Medicine*. December 1999, 341:2029-2032.

Bolden, R.; Petrov, G. & Gosling, J. (2008). Tensions in higher education leadership: towards a multi-level model of leadership practice. *Higher Education Quarterly*. Outubro 2008, 62(4):358-376.

Brown, G. D. (1986). Changing health care environments: implications for physical therapy research, education, and practice. *Physical Therapy*. Agosto 1986, 66(8):1242-1245.

Bruce, A. & Hill, S. (1994). Relationships between doctors and managers: The Scottish experience. *Journal of Management in Medicine*. 1994, 8(5):49-57.

Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators (2008). Analysis of practice 2008: A report on physiotherapists' practice in Canada. Disponível em: <http://www.alliancept.org/pdfs/AnalysisOfPractice2008.pdf>

Canadian Universities Physiotherapy Academic Council (2009). Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs. Disponível em: <http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/National%20PT%20Curriculum%20Guidelines%202009.pdf>

Carlström, E. D. (2012). Middle managers on the slide. *Leadership in Health Services*. 2012, 25(2):90-105.

Cleather, J. M. (2008). Physiotherapy—Leadership and Opportunities. *Physiotherapy Canada*. 2008 Fall;60(4):318-40.

Cockerill, T.; Hunt, J. & Schroder, H. (1995). Managerial competencies: fact or fiction? *Business Strategy Review*. 22 Setembro 1995, 6(3):1-12.

Corbridge, C. (1995). Pandora's box: clinical directorates and the NHS. *Journal of Management in Medicine*. 1995, 9(6):16-20.

Davies, S. (2006). Health services management education: why and what? *Journal of Health, Organization and Management*. 2006, 20(4):325-334.

Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro. *Diário da República*, nº295, Série I-A, de 1999-12-21. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/12/295A00/90839100.pdf>

Emery, M. J. (1993). The impact of the prospective payment system: Perceived changes in the nature of practice and clinical education. *Physical Therapy*. 1993, 73:11-22.

Fitzgerald, L.; Lilley, C.; Ferlie, E.; Addicott, R.; McGivern, G.; Buchanan, D.; Baeza, J.; Doyle, M. & Rashid, A. (2006). Managing Change and Role Enactment in the Professionalized Organisation. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. February 2006. London. Disponível em: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1201-021_V01.pdf

Fulop, L. (2012). Leadership, clinician managers and a thing called “hybridity”. *Journal of Health Organization and Management*. 2012, 26(5):578-604.

Glendinning, M. E. (1987). Physiotherapists as managers: An analysis of tasks performed by head physiotherapists. *The Australian Journal of Physiotherapy*. 1987, 33(1):19-32.

Hales, C. (2006). Moving down the line, the shifting boundary between middle and first-line management. *Journal of General Management*. Winter 2006, 32(2):31-55.

Hoff, T. (1999). The paradox of legitimacy: physician executives and the practice of medicine. *Health Care Management Review*. Outono 1999, 24(4):54-64.

Hoffman, R. C. & Shipper, F. M. (2012). The impact of managerial skills on employee outcomes: A cross cultural study. *The International Journal of Human Resource Management*. 2012, 23(7):1414-1435.

Hofstede, G. (1984). *Culture's Consequences: international differences in work-related values*. Newbury Park: Sage Publications.

Huy, Q. N. (2001). In praise of middle managers. *Harvard Business Review*. Setembro 2001, 79(8): 72-79.

Instituto Nacional de Estatística (2013). Trabalhar no feminino. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=154532260&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2

Jackson, D. & Humble, J. (1994). Middle managers: new purposes, new directions. *Journal of Management Development*. 1994, 13(3):15-21.

Katz, R. L. (1974). Skills of an effective administrator. *Harvard Business Review*. Set/Out 1974; 52(5):90-102.

Kippist, L. & Fitzgerald, A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organizations. *Journal of Health Organization and Management*. 2009, 23(6):642-655.

Lopopolo, R. B.; Schafer, D. S. & Nosse, L. J. (2004). Leadership, Administration, Management and Professionalism (LAMP) in Physical Therapy: A Delphi Study. *Physical Therapy*. 2004; 84:137-150.

McConville, T. (2006). Devolved HRM responsibilities, middle-managers and role dissonance. *Personnel Review*. 2006, 35(6):637-653.

McDermott, R.; Callanan, I. & Buttimer, A. (2002). Involving Irish clinicians in hospital management roles – Towards a functional integration model. *Clinician in Management*. 1 March 2002; 11(1):37-46.

McKenna, S. & Richardson, J. (2003). Managing in the New Zealand health service: The interpretation of experience. *Journal of Health Organization and Management*. 2003; 17(2):74-87.

Meyers, D. S. & Clancy, C. M. (2009). Primary care: Too important to fail. *Annals of Internal Medicine*. 17 Fevereiro 2009; 150(4):272-273.

Mohd-Shamsudin, F. & Chuttipattana, N. (2012). Determinants of managerial competencies for primary care managers in Southern Thailand. *Journal of Health Organization and Management*. 2012; 26(2):258-280.

Mueller, M. J. & Rose, S. J. (1987). Physical therapy director as professional value setter: A special communication. *Physical Therapy*. 1987; 67:1389-1392.

National Physiotherapy Advisory Group (2009). Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada. Disponível em: <http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/Essential%20Comp%20PT%20Profile%202009.pdf>

Noordegraaf, M. & van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care. *Public Administration*. Dezembro 2008, 86(4):1055-69.

Organização Mundial de Saúde (2013). Declaration of Alma-Ata. *World Health Organization*. Setembro 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

O'Riordan, C. & McDermott, A. (2012). Clinical managers in the primary care sector: Do the benefits stack up? *Journal of Health Organization and Management*. 2012; 26(5):621-640.

Pavett, C. M. & Lau, A. W. (1985). A comparative analysis of research and development managerial jobs across two sectors. *Journal of Management Studies*. Janeiro 1985; 22(1):69-82.

Pillay, R. (2008). Managerial competencies of hospital managers in South Africa: a survey of managers in the public and private sectors. *Human Resources for Health*. 2008; 6:4.

Pindur, W.; Rogers, S. E.; Pan Suk, K. (1995). The history of management: A global perspective. *Journal of Management History*. 1995; 1(1):59-77.

Purtilo, R. B. (1988). Saying "no" to patients for cost-related reasons: Alternatives for the physical therapist. *Physical Therapy*. Agosto 1988; 68(8):1243-1247.

Sandstrom, R. W. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Physical Therapy*. Janeiro 2007; 87(1):98-106.

Schafer, D. S. (2002). Three perspectives on physical therapist managerial work. *Physical Therapy*. 2002; 82:228-236.

Schafer, D. S.; Lopopolo, R. B. & Luedtke-Hoffmann, K. A. (2007). Administration and management skills needed by physical therapist graduates in 2010: A national survey. *Physical Therapy*. 2007; 87:261-281.

Sherer, J.L. (1999). Engaging physicians in true strategic partnership. *Healthcare Executive*. May/Jun 1999; 14(3):22-6.

Stewart, R. (1989). Studies of managerial jobs and behaviour: The ways forward. *Journal of Management Studies*. Janeiro 1989; 26(1):1-10.

Torrington, D. & Weightman, J. (1987). Middle management work. *Journal of General Management*. Winter 1987; 13(2):74-89.

Willcocks, S. G. (1992). The role of the clinical director in the NHS: Some observations. *Journal of Management in Medicine*. Janeiro 1992, 6(4):41-46.

Winnipeg Regional Health Authority (2002). Allied Health Workforce Study – Physiotherapy Complete Report. Disponível em: http://www.wrha.mb.ca/professionals/allied/files/reports/Physiotherapy_Analysis.pdf

Wren, D. A.; Bedeian, A. G. & Breeze, J. D. (2002). The foundations of Henri Fayol's administrative theory. *Management Decision*. 2002;40(9):906-918.

Yukl, G.A. (1989). *Leadership in Organizations* (2nd ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO I

Tabela referente à análise descritiva dos valores obtidos para as competências que constituem as categorias FINHOP

<i>Categoria</i>	<i>Competências</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
Gestão da informação	Acesso a e uso de dados de gestão operacional	28	1	4	2,29	1,049
	Acesso a e uso de dados de gestão dos pacientes/clientes	28	1	4	2,43	1,034
	Sistemas de dados	28	1	4	2,54	0,962
	Tele-saúde	28	1	4	2,36	1,062
	Manter registos	28	1	4	3,25	1,005
	Avaliação de sistemas de informação	28	1	4	2,61	0,956
	Análise de dados/informação	28	2	4	3,18	0,863
Funcionar em rede	Desenvolvimento de contratos	28	1	4	1,93	0,813
	Coordenação e colaboração	28	1	4	2,32	0,67
	Gestão interdisciplinar e transdisciplinar	28	1	4	2,18	0,945
	Gestão contínua	28	1	4	2,46	0,881
	Negociação	28	1	4	2,61	0,916
	Consulta	28	1	4	2,96	0,999
	Poder/influência organizacional	28	1	4	2,25	1,11
Gestão de recursos humanos	Envolvimento profissional	28	1	4	2,82	0,945
	Competências de escuta	28	2	4	3,39	0,786
	Comunicação verbal/não-verbal	28	2	4	3,39	0,786
	Modelagem	27	1	4	3,26	0,859
	Procura de trabalho	28	1	4	2,96	1,071
	Gestão do stress	27	2	4	3,11	0,698
	Requisitos de certificação e de licenciamento do pessoal	27	1	4	2,48	1,087
	Coaching (Apoio)	28	1	4	2,93	0,858
	Aconselhamento	28	1	4	2,71	0,897
	Direcção	28	1	4	2,21	0,995
	Disciplina	28	1	4	2,61	0,956
	Liderança	28	1	4	2,68	0,983
	Gerir o trabalhador na aplicação do seu conhecimento	28	1	4	2,57	1,034
	Tutoria	28	1	4	2,57	1,103
	Motivador	28	1	4	2,75	0,887
	Gestão de conflitos	28	1	4	2,89	0,832
	Gerir/facilitar a mudança	27	1	4	2,63	0,884
	Gerir a diversidade	28	1	4	2,79	1,031
	Team building (Desenvolvimento de equipas)	28	1	4	2,68	0,945
	Planos de carreira	28	1	4	2,64	0,989
	Avaliação de desempenho	28	1	4	2,71	1,084
	Desenvolvimento pessoal e profissional	28	1	4	2,79	0,957
	Recrutamento e retenção	27	1	4	2,3	0,993
	Avaliação da competência	28	1	4	2,5	1,072
	Descrição do trabalho	28	1	4	2,61	0,994
	Expectativas do trabalho	28	1	4	2,54	0,999
Conformidade com as políticas e procedimentos	28	1	4	2,54	0,922	

<i>Categoria</i>	<i>Análise descritiva</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
Gestão de recursos humanos (continuação)	Pessoal eventual	28	1	4	2,36	0,911
	Outsourcing (Contratação externa)	28	1	4	1,68	0,945
	Ética/cidadania na gestão do negócio	28	1	4	2,43	1,069
	Cultura organizacional	27	1	4	2,52	0,893
	Ética profissional	27	1	4	3,19	0,834
Gestão das operações	Acesso	28	1	4	2,54	0,922
	Resultados clínicos e funcionais	28	1	4	2,86	0,97
	Análise operacional	28	1	4	2,54	0,838
	Análise de processo	28	1	4	2,64	0,78
	Análise de produtividade	28	1	4	2,68	0,983
	Medidas de satisfação	28	1	4	2,89	0,956
	Análise do volume de trabalho	28	1	4	2,75	0,887
	Desenvolvimento e revisão de políticas e procedimentos	28	1	4	2,54	0,962
	Exigências de documentação	28	1	4	2,89	0,832
	Políticas e procedimentos	28	1	4	3	0,816
	Requisitos de acreditação/regulamentação	28	1	4	2,68	0,905
	Gestão do tempo	28	1	4	3,25	0,799
	Melhoria contínua da qualidade/melhoria contínua organizacional	28	2	4	2,93	0,716
	Avaliação da qualidade/melhoria da qualidade/análise de utilização/revisão por pares	28	1	4	2,68	0,945
	Gestão da qualidade	28	1	4	2,61	0,956
	Gestão do risco	28	1	4	2,68	0,863
	Gestão das instalações	28	1	4	2,61	0,832
	Gestão de reuniões	28	1	4	2,32	0,905
	Gestão de projectos	28	1	4	2,43	0,959
Alocação de recursos	28	1	4	2,29	1,013	
Planeamento e previsão	Análise regulamentar	28	1	4	2,18	1,056
	Análise da indústria dos cuidados de saúde	28	1	4	2,14	1,008
	Análise do sector da reabilitação	28	1	4	2,36	0,911
	Revisão da profissão	28	1	4	2,75	0,844
	Tempo de contacto/duração do tratamento	28	1	4	2,61	0,875
	Visão/missão	28	1	4	2,29	0,763
	Identificação do consumidor	28	1	4	2,25	0,887
	Análise do desempenho organizacional	28	1	4	2,18	0,905
	Revisão organizacional	28	1	4	2,29	0,854
	Avaliação estratégica/análise SWOT (strengths, weakness, opportunities, threats)	28	1	4	2,18	0,905
	Análise da concorrência	28	1	4	2,11	0,875

<i>Categoria</i>	<i>Análise descritiva</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
Planeamento e previsão (continuação)	Quota de mercado/análise da posição competitiva	28	1	4	2	0,903
	Planeamento a longo prazo	28	1	4	2,07	0,858
	Estabelecer objectivos	28	1	4	2,68	0,772
	Implementação de planos e avaliação	28	1	4	2,68	0,819
	Análise das condições do mercado	28	1	4	2,11	0,832
	Estratégia de marketing	28	1	4	2,21	0,738
	Modificação do desenho organizacional	28	1	4	2,04	0,881
	Mudança organizacional	28	1	4	2,39	0,832
	Previsão de risco	28	1	4	2,25	0,799
Gestão financeira	Financiamento pelo Estado	28	1	4	2,21	0,876
	Financiamento através dos sub-sistemas de saúde	28	1	4	2,29	0,897
	Financiamento através dos Seguros privados de saúde	28	1	4	2,29	0,854
	Financiamento privado	28	1	4	2,32	0,863
	Financiamento através das tabelas de referência (portarias existentes)	28	1	4	2,43	0,79
	Compensação do financiamento aos trabalhadores	28	1	4	2,36	0,78
	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, (CID-9)	28	1	4	2,61	0,916
	Outras classificações	28	1	4	2,54	0,881

ANEXO II

Questionário FINHOP modificado

O presente questionário insere-se num projecto de investigação no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do INDEG-ISCTE. Reconhecendo-se que os fisioterapeutas necessitam de competências complementares de administração e gestão na sua prática clínica, este estudo visa compreender, junto de fisioterapeutas com eventuais ou efectivas responsabilidades de gestão, quais destas competências são mais importantes no dia-a-dia.

Neste sentido, peço-lhe que apenas responda ao questionário que se segue caso seja fisioterapeuta e o desempenho das suas funções inclua, ou tenha incluído, responsabilidades de gestão de qualquer nível.

A escala deste questionário refere-se ao nível de competência para desempenho das actividades referidas em cada “Item”, descrito na “Definição” que um fisioterapeuta recém-licenciado deve ter. Assim, as actividades que considerar que um fisioterapeuta recém-licenciado não necessita de conseguir desempenhar deverão receber a pontuação “1”; as que considerar que deve desempenhar com apoio/formação de base deverão receber pontuação “2”; as que considerar que deve desempenhar com apoio/formação para situações concretas deverão receber pontuação “3”; e as que considerar que este deve conseguir desempenhar de forma independente, ou seja sem qualquer assistência ou apoio, deverão receber a pontuação “4”.

Este questionário demora cerca de 15 minutos a preencher, sendo que para tal, por favor, coloque o ponto na sua resposta.

Ao preencher e enviar este questionário estará automaticamente a dar o seu consentimento informado.

A sua colaboração é confidencial, anónima e de extrema importância, nomeadamente para a melhoria do curriculum académico.

Muito obrigado.

ITEM	DEFINIÇÃO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA			
		Não necessita de desempenhar	Necessita de apoio/formação de base	Necessita de apoio/formação para situações concretas	Desempenha de forma independente
Pontuação		1	2	3	4
GESTÃO DA INFORMAÇÃO	Planeamento e controlo do uso de informação pela organização	<i>Por favor coloque o PONTO na sua resposta</i>			
Acesso a e uso de dados de gestão operacional	Uso de meios electrónicos para obter, analisar, resumir e divulgar a potenciais interessados, quer no interior da organização, quer no exterior, dados de gestão operacional.	1	2	3	4
Acesso a e uso de dados de gestão dos pacientes/clientes	Uso de meios electrónicos para obter, analisar, resumir e divulgar a potenciais interessados, quer no interior da organização, quer no exterior, dados de gestão sobre os pacientes/clientes.	1	2	3	4
Sistemas de dados	Uso de meios electrónicos para recolher, armazenar, proteger, verificar e obter todas as formas de dados inerentes aos processos do funcionamento da organização.	1	2	3	4
Tele-saúde	Uso de telecomunicações ou tecnologia computadorizada a partir de localizações distantes para troca de informação.	1	2	3	4
Manter registos	Recolher dados de forma organizada e produzir um resumo, sucinto e preciso, da informação para uso presente e futuro.	1	2	3	4
Avaliação de sistemas de informação	Analisar o estado de, ou alterações na, natureza dos sistemas de informação usados nos princípios fundadores da organização ou na prática terapêutica.	1	2	3	4
Análise de dados/informação	Analisar, rever e interpretar informação escrita para partilhar com outros.	1	2	3	4
FUNCIONAR EM REDE	Reunir com outros indivíduos ou grupos para melhor atingir objectivos comuns				
Desenvolvimento de contratos	Negociar, desenvolver e executar um contrato ou entrar num acordo contratual com terceiros.	1	2	3	4
Coordenação e colaboração	Desenvolver e implementar estratégias para permitir que os indivíduos ou grupos trabalhem juntos.	1	2	3	4
Gestão interdisciplinar e transdisciplinar	Gerir uma organização ou subdivisão organizacional de modo que os seus membros concorram para os mesmos objectivos, apesar das diferentes formações educacionais e filosofias de vida.	1	2	3	4
Gestão contínua	Gerir serviços num sistema de prestação integrada ou rede para ir de encontro às necessidades apresentadas pelos pacientes.	1	2	3	4
Negociação	Mediar uma relação - do tipo dar e receber - entre duas ou mais pessoas, numa tentativa de chegar a acordo.	1	2	3	4
Consulta	Dar conselho ou opinião, como profissional ou especialista.	1	2	3	4
Poder/influência organizacional	Utilizar vantagens de poder/influência (prestígio, estatuto e controlo) para o acesso e distribuição de recursos organizacionais de valor, tais como pessoas, informação, propriedade e dinheiro.	1	2	3	4
Envolvimento profissional	Participar com frequência em actividades formativas e de administração proporcionadas pela organização.	1	2	3	4
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Planear, gerir e relacionar-se com o pessoal que presta os serviços aos clientes				
Competências de escuta	Esforça-se para um envolvimento verdadeiramente interessado no que ouve, quando os outros falam consigo.	1	2	3	4
Comunicação verbal/não-verbal	Receber, compreender, interpretar com precisão e responder à informação apresentada oralmente.	1	2	3	4
Modelagem	Modelar o respectivo comportamento segundo os comportamentos de alguém considerado como merecendo ser imitado.	1	2	3	4
Procura de trabalho	Tomar a iniciativa de avaliar o potencial dos indivíduos perante o mercado de trabalho e desenvolver estratégias adequadas ao ajustamento entre os próprios e potenciais empregadores, num hipotético futuro.	1	2	3	4
Gestão do stress	Usar práticas de gestão para identificar, controlar e prevenir o stress excessivo para o próprio e demais funcionários.	1	2	3	4
Requisitos de certificação e de licenciamento do pessoal	Cumprir com os padrões e requisitos formais de certificação/licenciamento aplicáveis, para o recrutamento de pessoal.	1	2	3	4
Coaching (Apoio)	Empenhar-se num processo interactivo com um funcionário com o objectivo de melhorar o seu desempenho.	1	2	3	4
Aconselhamento	Fornecer informação formal para ajudar um funcionário a demonstrar comportamentos que sejam consistentes com as expectativas da organização.	1	2	3	4
Direcção	Atribuir e controlar o trabalho desempenhado por outro funcionário.	1	2	3	4
Disciplina	Confrontar um subordinado com provas objectivas de discrepâncias entre comportamentos esperados e verificados e proporcionar oportunidades para rectificar lacunas comportamentais.	1	2	3	4

Liderança	Usar estratégias e processos para levar o pessoal/subordinados a agir numa direcção desejada.	1	2	3	4
Gerir o trabalhador na aplicação do seu conhecimento	Gerir e apoiar o trabalhador que utiliza o processamento mental na sua actividade.	1	2	3	4
Tutoria	Empenhar-se e dar apoio, numa relação entre orientador e orientado para apoiar o desenvolvimento da carreira de quem é orientado.	1	2	3	4
Motivador	Usar recursos internos ou externos para iniciar, estimular ou formar comportamentos relacionados com o trabalho da parte do funcionário.	1	2	3	4
Gestão de conflitos	Reconhecer e gerir desentendimentos entre pessoas sobre questões importantes ou emoções, que criam atritos e impedem a busca dos objectivos organizacionais.	1	2	3	4
Gerir/facilitar a mudança	Incentivar e apoiar o pessoal/subordinados a participar nas mudanças das estruturas ou processos existentes para atingir um resultado desejado.	1	2	3	4
Gerir a diversidade	Usar a totalidade de recursos humanos para melhorar os resultados organizacionais.	1	2	3	4
Team building (Desenvolvimento de equipas)	Incentivar e apoiar o pessoal/subordinados a combinar esforços para atingir os objectivos organizacionais sem prejuízo da qualidade do trabalho.	1	2	3	4
Planos de carreira	Desenvolver condições que possibilitem o aumento da responsabilidade, desafios, aprendizagem e recompensas financeiras.	1	2	3	4
Avaliação de desempenho	Avaliar o desempenho em função dos resultados obtidos de acordo com as características e objectivos do posto de trabalho.	1	2	3	4
Desenvolvimento pessoal e profissional	Avaliar necessidades pessoais e profissionais do pessoal e fornecer conhecimento e competências necessários para assegurar serviços de qualidade.	1	2	3	4
Recrutamento e retenção	Tomar medidas para captar e reter pessoal qualificado na organização.	1	2	3	4
Avaliação da competência	Usar processos de avaliação do desempenho que identifiquem as competências fundamentais que devem ser desenvolvidas através de medidas adequadas.	1	2	3	4
Descrição do trabalho	Desenvolver a lista de deveres e responsabilidades, condições de trabalho, relações com outros trabalhos e as competências, capacidades e treino necessários para a sua execução.	1	2	3	4
Expectativas do trabalho	Definir e articular os deveres, responsabilidades e expectativas relativos ao que se espera que um funcionário contribua para a organização.	1	2	3	4
Conformidade com as políticas e procedimentos	Assegurar que os elementos do pessoal têm conhecimento a e cumprem com todas as políticas e procedimentos organizacionais.	1	2	3	4
Pessoal eventual	Integrar o pessoal eventual/temporário nos procedimentos organizacionais.	1	2	3	4
Outsourcing (Contratação externa)	Usar pessoal externo contratado para fornecer serviços, em vez de, ou para além de, empregar pessoal próprio para fazer o trabalho.	1	2	3	4
Ética/cidadania na gestão do negócio	Desenvolver actividades de negócio que reflitam práticas de tomada de decisão éticas como, por exemplo, as que sejam propostas por órgãos profissionais ou reguladores.	1	2	3	4
Cultura organizacional	Assumir comportamentos que demonstrem compreensão dos princípios e normas que guiam e definem as acções dos demais funcionários numa organização ou nas suas subunidades.	1	2	3	4
Ética profissional	Para resolver questões morais e dilemas, usa sempre uma abordagem baseada em princípios éticos e linhas orientadoras como as estipuladas por organizações profissionais.	1	2	3	4
GESTÃO DAS OPERAÇÕES	Gerir as operações da organização maximizando a eficiência (atingir os objectivos com os mínimos custos) na prestação de serviços de fisioterapia.				
Acesso	Medir a facilidade com que pacientes/clientes são capazes de aceder (serem atendidos) aos serviços e chegar ao local onde são prestados.	1	2	3	4
Resultados clínicos e funcionais	Avaliar o estado actual e futuro dos procedimentos inerentes aos serviços prestados.	1	2	3	4
Análise operacional	Avaliar e interpretar variáveis de estrutura, de processos, de dados de entrada e de dados de saída que podem afectar as operações inerentes ao negócio.	1	2	3	4
Análise de processo	Avaliar os mecanismos através dos quais os recursos são utilizados para atingir a missão e os objectivos.	1	2	3	4
Análise de produtividade	Medir e interpretar a relação entre os recursos utilizados e os serviços prestados.	1	2	3	4
Medidas de satisfação	Medir a satisfação dos vários grupos de interesse com os serviços prestados.	1	2	3	4
Análise do volume de trabalho	Medir a quantidade de serviços prestados de fisioterapia e interpretar os resultados.	1	2	3	4
Desenvolvimento e revisão de políticas e procedimentos	Participar no desenvolvimento, revisão e implementação das políticas e procedimentos de uma organização.	1	2	3	4
Exigências de documentação	Cumprir com as exigências de documentação e padrões exigidos.	1	2	3	4
Políticas e procedimentos	Usar documentos adequados como suporte e guia de comportamentos e tomada de decisão.	1	2	3	4

Requisitos de acreditação/regulamentação	Cumprir com as linhas orientadoras e regulamentos exigidos por órgãos reguladores externos que identificam os parâmetros em que devem assentar as políticas e procedimentos de uma organização.	1	2	3	4
Gestão do tempo	Assegurar uma utilização do tempo eficaz e eficiente.	1	2	3	4
Melhoria contínua da qualidade/melhoria contínua organizacional	Avaliar sistemática e regularmente os sistemas, processos e procedimentos da organização para assegurar a melhoria contínua dos serviços e corresponder às expectativas dos clientes.	1	2	3	4
Avaliação da qualidade/melhoria da qualidade/análise de utilização/revisão por pares	Investigar todas as características associadas com a prestação de cuidados, de modo a obter evidência e dados de resultados, em conformidade com padrões exigidos ou visando a satisfação do cliente.	1	2	3	4
Gestão da qualidade	Gerir os serviços prestados a indivíduos e populações para aumentar a probabilidade de resultados de saúde desejados, em consonância com o conhecimento profissional actual.	1	2	3	4
Gestão do risco	Participar num esforço coordenado para identificar, avaliar e minimizar o risco de malefício ou perda para a organização, para os seus funcionários ou para os seus clientes.	1	2	3	4
Gestão das instalações	Supervisionar o uso do espaço, equipamento, e tecnologia em meio clínico.	1	2	3	4
Gestão de reuniões	Utilizar metodologias adequadas para planear, organizar, conduzir e seguir reuniões de grupo formais e informais.	1	2	3	4
Gestão de projectos	Gerir um novo projecto que inclua selecção da equipa, planeamento de actividades, implementação, processo de acompanhamento e avaliação do produto final.	1	2	3	4
Alocação de recursos	Distribuir recursos para atingir objectivos organizacionais relacionados com os resultados, custos e satisfação.	1	2	3	4
PLANEAMENTO E PREVISÃO	Organizar informação e tomar decisões sobre formas futuras de a organização desenvolver a sua actividade.				
Análise regulamentar	Analisar o quadro regulamentar prevenindo possíveis alterações (tais como padrões de acreditação) que podem ter influência sobre o procedimento futuro.	1	2	3	4
Análise da indústria dos cuidados de saúde	Analisar a situação da indústria dos cuidados de saúde como um todo, prevenindo possíveis influências sobre o procedimento futuro.	1	2	3	4
Análise do sector da reabilitação	Analisar a situação do sector da reabilitação prevenindo possíveis influências sobre o procedimento futuro.	1	2	3	4
Revisão da profissão	Analisar as políticas que enquadram a profissão (a nível nacional, regional e local) que possam afectar a prática da fisioterapia.	1	2	3	4
Tempo de contacto/duração do tratamento	Utilizar dados sobre o período de tempo durante o qual o cliente está em tratamento.	1	2	3	4
Visão/missão	Definir, comunicar e facilitar a consecução do futuro desejado da organização.	1	2	3	4
Identificação do consumidor	Identificar os perfis individuais de utentes, que directa ou indirectamente, podem precisar ou querer usar o seu produto ou serviço.	1	2	3	4
Análise do desempenho organizacional	Analisar factores de desempenho para comparar a situação presente e passada da organização ou subunidades.	1	2	3	4
Revisão organizacional	Rever o estado, ou mudanças nos valores, visão, missão ou políticas articuladas pela organização, que, embora funcionem na prática, possam estar em contradição com os princípios fundadores.	1	2	3	4
Avaliação estratégica/análise SWOT (strengths, weakness, opportunities, threats)	Analisar a articulação entre as forças e fraquezas internas da organização, com as oportunidades e ameaças externas, para avaliar os respectivos impactos na organização.	1	2	3	4
Análise da concorrência	Analisar a concorrência, identificando os perfis dominantes relativamente à prestação dos serviços desejados.	1	2	3	4
Quota de mercado/análise da posição competitiva	Medir a proporção do mercado atingido em comparação com o da concorrência e identificar os factores diferenciadores próprios com os dos concorrentes.	1	2	3	4
Planeamento a longo prazo	Escolher estratégia(s) apropriada(s) e planear acções num horizonte temporal de 1-5 anos para a concretização da visão e missão da organização.	1	2	3	4
Estabelecer objectivos	Formular objectivos específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e oportunos para executar as acções planeadas.	1	2	3	4
Implementação de planos e avaliação	Implementar as estratégias/objectivos do plano a longo prazo e desenvolver procedimentos para avaliar os resultados.	1	2	3	4
Análise das condições do mercado	Avaliar a condição actual do mercado em termos de recursos disponíveis, concorrência, consumidores e o estado do negócio.	1	2	3	4
Estratégia de marketing	Desenvolver uma estratégia de marketing baseada no produto, preços, promoção, local e acondicionamento que vá ao encontro das necessidades e exigências dos consumidores.	1	2	3	4
Modificação do desenho organizacional	Modificar a estrutura organizacional/relações hierárquicas em resposta à identificação de uma lacuna de desempenho, mudanças no estado da organização, ou a sua relação com a envolvente.	1	2	3	4

Mudança organizacional	Participar na mudança da natureza dos serviços prestados, como a organização fornece esses serviços ou como a organização procede na resposta às necessidades da envolvente.	1	2	3	4
Previsão de risco	Avançar com planos ou actividades de ajustamento, quando se depara com uma envolvente incerta ou informação limitada.	1	2	3	4
GESTÃO FINANCEIRA					
Planear e controlar as operações financeiras do negócio					
Financiamento pelo Estado	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento estatal.	1	2	3	4
Financiamento através dos sub-sistemas de saúde	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento por sub-sistemas de saúde.	1	2	3	4
Financiamento através dos Seguros privados de saúde	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento por seguros privados de saúde.	1	2	3	4
Financiamento privado	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento por pagamentos de privados.	1	2	3	4
Financiamento através das tabelas de referência (portarias existentes)	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento através das tabelas de referência.	1	2	3	4
Compensação do financiamento aos trabalhadores	Ter em conta/conhecer o enquadramento, ou alterações, nos modos de financiamento relacionado com situações particulares de compensações devidas aos trabalhadores.	1	2	3	4
Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, (CID-9)	Usar o sistema predominante/padrão para codificar diagnósticos médicos e/ou de fisioterapia.	1	2	3	4
Outras classificações	Usar o(s) sistema(s)-padrão de classificação para codificar procedimentos aplicados na organização.	1	2	3	4

DADOS DEMOGRÁFICOS	
Género	Feminino / Masculino
Idade	_____anos
Grau académico	Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento
Anos de experiência como fisioterapeuta	_____anos
Anos de experiência como gestor	_____anos / Não se aplica
Anos de experiência como professor	_____anos / Não se aplica
Funções desempenhadas actualmente	Apenas como fisioterapeuta / Apenas como fisioterapeuta-gestor / Fisioterapeuta com algumas responsabilidades de gestão / Apenas como professor / Reformado ou temporariamente inactivo
Envolvente da prática	Pacientes internos / Pacientes em ambulatório hospitalar / Pacientes em ambulatório na comunidade / Outras formas de prestar cuidados na comunidade
Distrito onde exerce a profissão	Aveiro / Beja / Braga / Bragança / Castelo Branco / Coimbra / Évora / Faro / Guarda / Leiria / Lisboa / Portalegre / Porto / Santarém / Setúbal / Viana do Castelo / Vila Real / Viseu / Região Autónoma dos Açores / Região Autónoma da Madeira